

TIGHT BINDING BOOK

**TEXT PROBLEM
WITHIN THE
BOOK ONLY
TEXT FLY WITHIN
THE BOOK ONLY**

M B, B S.

Practice of Medicine. Pt. II.

by

TAYLOR.

عمل طب حصہ دوم

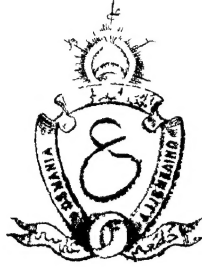
ترجمہ

ڈاکٹر محمد عثمان خان، ایل۔ ایم ایڈ ایس۔

UNIVERSAL
LIBRARY

OU_188196

UNIVERSAL
LIBRARY



سلسلہ سیکرٹریٹ کے احکامات

ٹیلرز پریس آف میڈیسن

عمل طب

قیمت	روپیہ	آنہ
سیکڑ عثمانیہ	۸	۵
سیکڑ انگریزی	۷	۲

ای۔ پی۔ پیوٹن، ایم۔ اے، ایم۔ ڈی (آکسن) ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈن)
معاونت

سی۔ پی۔ سیمنڈز، ایچ۔ ڈبلیو۔ باربر، آر۔ ڈی۔ گلبی، این۔ ایچ۔ فیئرلے، ڈبلیو۔ ایم۔ ہامس
ڈاکٹر محمد عثمان خان صاحب، ایل۔ ایم۔ اینڈریس (بھٹی) رکن سر شرتہ تالیف و ترجمہ
جلد دوم

بہ نظر ثانی و ترمیم مطابق طبع پانزدہم ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر سی۔ اے۔ ۱۔ محمد حسین صاحب، ایم۔ بی۔ بی۔ ایس، رکن سر شرتہ تالیف و ترجمہ

۱۳۶۰ھ ۱۳۵۰ھ ۱۳۴۰ھ ۱۳۳۰ھ ۱۳۲۰ھ ۱۳۱۰ھ ۱۳۰۰ھ

سلسلہ سیکرٹریٹ کے احکامات

یہ کتاب جے اینڈ اے۔ پرنٹ لمیٹڈ لندن کی اجازت
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اُردو میں ترجمہ
کر کے طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرست مضامین

صفحہ
۱ تا ۱۹۶

امراض اعضائے تنفس

- ۱۔ امتحان سیتہ - ۲۱۔ التهاب قصبتہ الریہ اور نوعی سرایتیں - ۲۱۔
 نوبالیدیں تیسرے - ۲۳۔ شعبی التهاب - ۲۴۔ تمدد الشعب - ۳۳۔
 حتمۃ القش اور دمہ - حالت حساسیت - ۳۸۔ تسدد - ۶۵۔ ششوں
 کا نفاخ - ۶۸۔ ہبوط - ۷۵۔ اذیہا - ۷۹۔ ذات الریہ - ۸۱۔
 فریڈلینڈر کا ذات الریہ - شعبی ذات الریہ - ۹۸۔ خراج - ۱۰۴۔
 لیفی شش - ۱۰۵۔ گنگرین - ۱۱۰۔ رئوی تدرن - ۱۱۳۔ آنکھ - خراش اور
 کیسوں سے تنسم - ۱۲۸۔ ریوی سدادیت و علقیت - ۱۵۰۔ دروں
 صدی نوہا یہ جات - ۱۵۶۔ ذات الجنب اور قعق الصد - ۱۶۳۔
 استسقاء الصد - صدر دمویت - کیلوکس صدی - ۱۸۱۔
 استرواح الصد - ۱۸۴۔ ڈائفرامی فتق - ۱۹۰۔ التهاب سطح - ۱۹۲۔

ناک، گلے اور کان کے امراض (ملتی نقطہ نظر سے) ۱۹۴ تا ۲۴۴

- زکام - ۱۹۴۔ مزین التهاب الانف - ۲۰۱۔ التهاب الجوف - ۲۰۳۔
 رفاف - ۲۰۴۔ التهاب اللوزہ - ۲۰۵۔ ذبحہ و انسٹ - ۲۱۱۔
 بلعوی لوزات - ۲۱۲۔ لسانی لوزات - ۲۱۳۔ مزین التهاب البلعوم -
 ۲۱۴۔ خلف البلعوم خراج - ۲۱۵۔ التهاب خجڑہ - ۲۱۶۔ تدرن - ۲۲۱۔

آتشک - ۲۲۴ - سلعات - اجسام غریبہ - ۲۲۵ - عضلات خنجرہ کا شل
 ۲۲۸ - تشنج مزار - ۲۳۴ - پیدائشی خنجر صرصہ - عدم حیثیت - ۲۳۷
 کان - ۲۳۹ - التهاب الاذن الوسطی - ۲۴۲ -

امراض اعضائے دوران خون ۲۴۵ تا ۳۷۵

قلب کا امتحان - ۲۴۷ - قابلیت جہد کی تخمین - ۲۶۳ - لاشعائیں
 ۲۶۵ - نبض کعبی - ۲۶۸ - نبض وریدی - ۲۷۶ - فعل قلب کی
 غیر طبعی حالتیں - ۲۷۹ - جونی بقیاعدگی - قلبی مسدودی اور ایڈم
 سنو کس کا علامتیہ - ۲۸۳ - پیش از وقت ضربات - ۲۸۹ - قلب کا
 کثیر الوقوع فعل - ۲۹۵ - سادہ دوری سرعت القلب - ۲۹۶ - اذینی
 رفرہ - ۳۰۱ - اذین کا ریشکی انقباض - ۳۰۳ - نبض متبادل -
 قلیل الوقوع فعل - ۳۱۳ - بطین کا ریشکی انقباض - قلب کے امراض -
 تعویض - ۳۱۶ - پیش پرورش - ۳۱۷ - اتساع - ۳۲۱ - تعویض کشتل
 ۳۲۳ - التهاب عضلہ قلب - انحطاط عضلہ قلب - ۳۲۷ - انشقاق -
 قلب کا انورسما - ۳۳۴ - نوبالیدگیاں اور طفیلیات - حمی روماتزمی
 ۳۳۶ - زفن - ۳۵۲ - حاد التهاب دروں قلبہ - مزمن التهاب
 دروں قلبہ - ۳۵۹ - اورطی ضیق - اورطی بازروی - ۳۶۳ - مطرانی
 مرض - ۳۶۸ - مطرانی ضیق - ۳۷۲ - یعنی مصرعی مرض تشخیص
 انداز اور تحریر - ۳۷۳ - قلب کے مزمن مرض کا علاج - ۳۸۱ -
 خبیث التهاب دروں قلبہ - ۳۹۰ - علامتیہ جہد - ۳۹۸ - پیدائشی
 تشنجات - ۴۰۴ - التهاب تائمور - ۴۱۰ - مزمن تضیق التهاب تائمور -
 تائموری اجتماع آب - ۴۱۷ - تائموری ہوائی اجتماع آب - تائموری
 اجتماع الدم - ذبحہ صدیہ - ۴۱۹ - رموی عروق کے امراض -
 ساری شریانی التهاب - ۴۲۹ - مزمن شریانی انحطاطات - ۴۳۲ -
 شریانی صلابت - ۴۳۶ - بلند فشار شریانی - ۴۳۹ - عرجان متوقف
 ۴۴۵ - محرئی وجع الجوارح - ۴۴۸ - انورسما - ۴۴۹ - اورطی کا

پیدائشی تضایق - مرض ریٹائڈ - ۴۵۸ - التهاب الوریڈ - ۴۶۲ -
 علقیت اور سدا دیت - ۴۶۳ - عرقی عصبانی اذیما - ۴۷۱ -

امراض اعضائے مضم

۴۷۶ تا ۷۱۷

امتحان شکم - ۴۷۶ - شکم حاد - ۴۸۱ - التهاب الغم - عفونت دہن -
 ۴۸۲ - قلاع - ۴۸۷ - مری کا تندر - ۴۸۹ - فواد کا عدم ارتخاؤ -
 ۴۹۳ - عطفے - ۴۹۵ - معدہ اور اثنا عشری کے امراض - معدہ
 کا امتحان - لاشعاعیں - ۴۹۶ - امتحانی غذا - ۴۹۹ - سوئے مضم ۵۰۶
 بلع الہوا - ۵۲۰ - سقوط المعدہ - ۵۲۳ - ہشیر یا نی قے - دوری قے
 ۵۲۶ - معدہ اور اثنا عشری کا حاد اتساع - ۵۲۸ - حاد التهاب
 ۵۳۰ - مضمی قرص - ۵۳۲ - معدی صائی اور صائی قرص - ۵۲۹ -
 مزمن اتساع - ۵۵۰ - معدہ کا ریت گھری انقباض - ۵۵۳ -
 پیدائشی بیش پرورشی ضیق - سرطان معدہ - ۵۵۴ - غیر حبث ملقا -
 قبض - ۵۶۲ - قتال غذائی تقسم الدم - ۵۶۹ - اسہال - ۵۷۳ -
 نزف معوی - قولنج - ۵۷۵ - معوی التهاب - ۵۷۹ - غذائی تقسم -
 امعاء کے امراض - شکمی مرض - ۵۸۶ - غلغونی التهاب الامعاء -
 التهاب القولون - ۵۹۰ - التهاب زائیدہ - ۵۹۶ - عطفیت -
 ۶۰۳ - تدرن نوبالیدیں اور آتشک - ۶۰۶ - معوی تندر - ۶۰۹ -
 انفاد الامعاء - ۶۱۶ - ہرش پیرونگ کا مرض - ۶۲۱ - جگر کے
 امراض - کبدی وظیفہ اور وظیفی کاشفات - ۶۲۲ - یرقان - ۶۲۶ -
 استسقاء شکمی - ۶۳۵ - جگر کے امراض - ۶۳۹ - معمولی ساری کبدی
 یرقان - ۶۴۰ - جگر کا حاد تنخر - ۶۴۳ - کہبت - آتشک اور تدرن
 ۶۴۷ - نوبالیدیں - ۶۵۸ - کبد شجیم - ۶۵۹ - گرد کبدی التهاب -
 التهاب ورید الباب - ۶۶۷ - صفراوی آلہ کا وظیفی امتحان - ۶۷۰ -
 التهاب مرارہ - ۶۷۳ - سنگہائے صفرا - ۶۷۶ - تقیمی التهاب -
 قعات ہائے صفرا - ۶۸۱ - بنقراس کے وظیفی کاشفات - ۶۸۲ -

حاد التهاب بنقراس - ۶۸۷ - مزمن التهاب بنقراس - ۶۹۰ - سنگ
نوبلیے اور دھیرات - حاد التهاب باریطون - ۶۹۲ - زیر ڈایا فرامی
خراج - مزمن التهاب باریطون - تدریجی التهاب باریطون - ۷۰۴ -
باریطونی انصبابات اور نوبالیدیں - ۷۰۹ -

خون، طحال اور لمفائی نظام کے امراض - ۷۱۵ تا ۷۸۸

امتحان خون - ۷۱۵ - غیر تکوین الدمی (قلبی) عدم دمویت - ۷۲۹ -
اخضریت - ۷۳۲ - سادہ بے ترشہ عدم دمویت - ۷۳۴ - سلف عدم دمویت
۷۳۶ - غیر ذاتی خلویت - ۷۴۲ - بچپن کی غیر تکوین الدمی عدم دمویتیں
۷۴۵ - آتلاف الدمی عدم دمویتیں - ۷۴۶ - بے صفرا بولی یرقان -
۷۴۷ - لیڈرر کی عدم دمویت - طحالی عدم دمویت - ۷۴۹ - بیض نموت -
۷۵۱ - سلحہ اخضر - کثرت خلیات احمر - احمر دمویت - ۷۶۰ - احمر خلویت -
ہیموگلوبن دمویت - ۷۶۳ - دوری ہیموگلوبن بولیت - ۷۶۵ - میٹ
ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت پر پٹورا - ۷۶۶ -
نزیفیت - ۷۷۳ - نقل الدم - ۷۷۶ - خون کا تعامل اور ترشہ
سمیت - ۷۷۹ - امراض طحال - ۷۸۶ - گائوجر کا مرض - نامتین اور
پکت کا مرض - جینڈ اور کریمین کا مرض - امراض نظام لمفائیسیہ -
۷۹۱ - مرض ہاجکن - ۷۹۲ -

تھول اور اندرونی افراز کے امراض ۷۹۹ تا ۹۰۷

اساسی تھول - ۷۹۹ - ذیابیطس شکر - ۸۰۲ - خذاؤں کی فہرستیں - ۸۳۳ -
قلیل شکر دمویت - ۸۵۰ - خدہ درقیہ - مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث
گائٹر - محوطی گائٹر - ۸۵۲ - قنات - ۸۶۹ - نزد مدتی خدہ بیش نزد دمیت
۸۷۰ - نکر نہ - ۸۷۲ - خدہ تیموریہ - ۸۷۷ - فوق الکلیہ کیسے - ۸۷۸ - مرض
ایڈین - ۸۸۱ - سلخات - ۸۸۳ - خدہ عامیہ - ۸۸۶ - ذیابیطس ملیخ -
۸۹۳ - خدہ صنوبریہ - ۸۹۶ - تناسلی خدہ - زنانہ اعضا - ۸۹۷ -
بیش اقلیل خدہ سلجیت - ۹۰۰ - فرہی - ۹۰۱ - قصبی - ۹۰۶ -

THE PRACTICE OF MEDICINE

عمل طب

جلد دوم امراض اعضاء تنفس امتحان سینہ

120

معائنہ (inspection) - سینہ کو سامنے، پیچھے، اور اوپر سے دیکھنے پر بعض غیر طبعی امور مثلاً مختلف قسم کے جلدی ثورات (eruptions) و بیلہ (empyema) کے پُرانے علامات کے ندبات (scars) یا بندوق کے زخموں کے ندبات، اور وریدوں کی کلائی دیکھے جاسکتے ہیں، اسی طرح سینہ کی شکل و حرکات میں کوئی تغیر موجود ہو تو وہ بھی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ وریدوں کی کلائی کے متعلق یہ ضروری ہے کہ چھوٹی چھوٹی وریدوں کے، اور ان وریدوں کے درمیان جو معمول کے نسبت زیادہ اوپر لی و آتے ہوں، امتیاز کیا جائے، کیونکہ اول الذکر اور وہ اجوف

(venæ cavæ) کے داخلی تسد (obstruction) پر ولادت کرتی ہیں اور آخر الذکر کوئی امراضیاتی اہمیت نہیں رکھتیں۔ ایک تندرست بالغ کے سینہ میں جن امور کو دیکھنا چاہئے وہ حسب ذیل ہیں: سینہ کی شکل کسی قدر چمٹی بیضوی ہوتی ہے، یعنی اس کا پیش پسی (antero-posterior) قطر عرضی قطر کے نسبت بہت کم ہوتا ہے۔ سینہ کی زیادہ چوڑائی اُس کے زیرین حصے میں ہوتی ہے۔ ترقوی ہڈیاں (clavicles) محض خفیف طور پر ابھری ہوئی ہوتی ہیں اور ان کے اوپر محض خفیف سانشیب اور نیچے ساذہی کوئی نشیب ہوتا ہے۔ بھٹنی کا محل وقوع چوتھی پسلی پر یا اُس کے بالائی یا زیریں کنارے پر ہوتا ہے۔ زاویہ (شراسیغی زاویہ: epigastric angle) ۹۵ تا ۱۰۵ درجہ کا ہوتا ہے۔ اُس کا راس غضروف سیغی (ensiform cartilage) کے مقام پر ہوتا ہے اور اُس کے ہر جانب ساتویں اور آٹھویں ضلعی کریاں ہوتی ہیں۔ عظم الکلف (scapula) صدر کے پچھلے حصے سے قریبی طور پر متوافق ہوتا ہے اور شکوہ سیدھا ہوتا ہے۔ شہیق (inspiration) یعنی سانس اندر لینے میں سینہ کا محیط ۲ تا ۳ انچ پھیلنا چاہئے، دونوں جانبوں کی حرکت متشاکل (symmetrical) ہونی چاہئے، شراسیغی زاویہ چوڑا ہو جانا چاہئے اور قص (sternum) کو آگے بڑھانا اور نیچے کی پسلیوں کو اوپر اٹھانا چاہئے۔ گہری سانس لینے پر زیر ترین بین ضلعی فضاؤں کو اپنی جگہ سے محض ذرا ہی پیچھے ہٹنا چاہئے۔

مسائے کے ذریعہ سینہ کی شکل کی غیر طبعی حالتیں نوٹ کی جاتی ہیں، اور یہ اسباب ذیل کا نتیجہ ہو سکتی ہیں:۔ (الف) امراض منشش - نقاخ (emphysema) میں سینہ معمول سے زیادہ کشادہ اور شراسیغی زاویہ نسبتاً زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ پیپھرے کی لیفیت (fibrosis) میں جیسی کہ سل ریوی (phthisis) میں ہوتی ہے، معتامی انقباض کی وجہ سے جو کہ عموماً ایک یا دوسرے راس پر واقع ہوتا ہے، سینہ غیر متشاکل ہو جاتا ہے۔ (ب) ایسے امراض عظام جیسے کہ وہ تشوہات (deformities) جو کساحہ (rickets) اور شکوہ کے زاویاتی اور جانبی انحنائوں کے باعث ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سینہ غیر متشاکل ہو جائے، یا غیر طبعی شکل کا ہونے کے باوجود بدستور دو جانبی تشاکل ظاہر کرے۔ بالعموم شعبی التهاب (bronchitis) اور شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia) بھی ان تشوہات کے پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں جو کہ کاسہ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ (ج) ممکن ہے کہ نو عمر موضوعوں میں قلب کی بیشش پرورش (hypertrophy) بائیں پہلو میں دیوار سینہ کا ایک مقامی ابھار پیدا کر دے۔ سینہ کا محیط ایک فیٹہ کے ناپ سے اور عرضی اور پیش پستی قطر ایک قطر پیم (callipers) کے ذریعہ حاصل ہوتا ہے۔ سینہ کی شکل ایک لکڑی پیم (cyrtometer) سے حاصل ہو سکتی ہے، جو نرم دھات کے دو لمبے ٹکڑوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور جس میں ان ٹکڑوں کے ایک طرف کے سرے باہم ڈھیلے جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔

معاہدہ سے ہم صدر کی شکل اور تشاکل کی تبدیلیوں کے علاوہ حرکات تنفس کی نوعیت بھی نوٹ کر سکتے ہیں۔ تنفس کا طبعی توازن بالٹوں میں فی منٹ تقریباً پندرہ تا اٹھارہ ہوتا ہے۔ بچوں میں یہ نسبت بہت زیادہ تیز ہوتا ہے۔ یہ توازن میں باز آئد ہو سکتا ہے اور عمر کے ساتھ بدلتا ہے۔ ریوئی یا دوسرے مبداء کے مرض کی مختلف قسموں میں حرکات تنفس معمول کی نسبت مست یا زیادہ تیز، غیر عمیق یا عمیق تر، کمزور یا قوی تر ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ وہ غیر منظم یا بیقاعدہ ہوں۔ جھک (dyspnoea) ایک سریریاتی اصطلاح ہے جو پھولی ہوئی سانس (shortness of breath) کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، اور یہ مریض کا اپنا احساس ہے کہ مزید تنفسی کوشش کی ضرورت ہے۔ (الف) تنفسی شج کی زیادتی (شرجت تنفس: polypnoea) (ب) تنفسی منخامت کی زیادتی (بلیش تنفس: hyperpnoea) (ج) پھیپھڑوں کے اندر اور باہر ہوا کے جانے آنے میں رکاوٹ (انسدادی بہر: obstructive dyspnoea) موجود ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر صورت میں یہ وقت یا تو دورانِ شہیق (inspiration) میں (شہیقی بہر: inspiratory dyspnoea) یا دورانِ زفیر (expiration) میں (زفیری بہر: expiratory dyspnoea) نہایت نمایاں ہو سکتی ہے۔ اگر مریض کو زیادہ سہولت کے ساتھ سانس لینے کے لئے مجبوراً بیٹھنا پڑے، جیسا کہ بہت سی ریوئی اور قلبی امراض کی صورت میں ہوتا ہے، تو اس حالت کو انتصابی تنفس (orthopnoea) کہتے ہیں۔ بطء تنفس (bradypnoea) یا تنفسی شرح کی تخفیف جس کے ساتھ

بلند جزی ہو پائی جاتی ہے، طبعی حالت میں نیز التهاب دماغ (encephalitis) کے بعد ہونا بیان کی جاتی ہے (۱)۔

یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ آیا تنفس کا عمل زیادہ تر سینہ کے بالائی حصے سے انجام کو پہنچتا ہے جیسا کہ عورتوں میں عام ہوتا ہے، یا زیریں حصے سے، جو مردوں کی ممتاز خصوصیت ہوتی ہے۔ اب معائنہ میں شکمی دیواروں پر بھی نظر ڈالنی چاہیے، جن سے گویا حجاب عاجز کا فعل ظاہر ہوتا ہے، یعنی جب حجاب عاجز مقبض ہوتا ہے تو شکمی دیواریں آگے کو بڑھ آتی ہیں اور جب وہ مرنجی (relaxed) ہوتا ہے تو شکمی دیواریں پیچھے کو ہٹ جاتی ہیں۔ سینہ کے ایک حصے کا غیر متناسب استعمال اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ اس کے دوسرے حصے میں مرض ہے۔ معائنہ، سکون سانس لینے میں اور مریض کے زور سے اندر سانس لینے (تہلیق: inspiration) میں دونوں حالتوں میں کرنا چاہئے۔

چین اسٹوکس تنفس (Cheyne-Stokes respiration)۔ اس قسم کی سانس کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں تنفس کی زیادتی (بیش تنفس hyperpnea) اور تنفسی حرکات کی غیر موجودگی (عدم تنفس: apnea) کے



شکل ۸۔ چین اسٹوکس تنفس۔ اس منحنی (curve) کو بائیں طرف سے دائیں طرف پڑھنا چاہئے، اور وقت کا اندراج نیچے ثانیوں (seconds) کے نشانوں سے کیا گیا ہے۔ عدم تنفس کے عرصے میں جو چھوٹے چھوٹے موجات درج ہیں وہ قلب کی ضربات کی وجہ سے ہیں۔

متبادل عرصے ہوتے ہیں۔ بیش تنفسی عرصے تنفسی ضخامتوں (respiratory volumes) کا تدریجی چڑھاؤ اُتارنا ظاہر کرتے ہیں، جیسا کہ شکل ۸ میں بتلایا گیا ہے۔ ایک دوریہ

(cycle) کی پوری مدت بیس تا ساٹھ سیکنڈ ہو سکتی ہے، اور اس میں تنفسات کی تعداد پانچ سے لیکر ساٹھ تک مختلف ہوتی ہے۔ تنفس کی زیادتی کے عرصہ کے وسط میں تنفس کی شرح فی منٹ پچاس یا ساٹھ تک تیز ہو سکتی ہے۔ چین اسٹوکس تنفس غالباً تنفسی مرکز کی تحریک پذیری (excitability) کے تغیرات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے اور اس سے عموماً آکسیجن کی کمی ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ دماغی شرائین کے قطر یہ (calibre) کے تغیرات اس کا سبب ہوں، اور نخاع مستطیل (medulla) کی شریاؤں کا نوبتی انقباض (periodic contraction) "نوبتی عدم تنفس (periodic apnoea) پیدا کر دیتا ہو (2)۔ چین اسٹوکس تنفس کبھی کبھی طبعی اشخاص میں سونے کی حالت میں موجود ہوتا ہے، اور مرتفع اور بلند مقامات پر بہت عام طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ کثیر التعداد امراض نباتی حالتوں میں وہ اکثر موت سے چند گھنٹے پہلے واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس اُن ضعیف العمر اشخاص میں جو عضلہ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) اور شریانی مرض میں مبتلا ہوں، چین اسٹوکس تنفس کا مہینوں جاری رہنا معلوم ہوا ہے۔ بیش تنفسی عرصہ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ خون سے CO_2 کو دھوکہ خارج کر دیتا ہے لہذا اب تنفسی مرکز متہیج نہیں ہوتا اور سانس موقوف ہو جاتی ہے۔ وقفہ کے دوران میں CO_2 بتدریج مجتمع ہو جاتی ہے اور جو فیسنزوں (alveoli) میں کی آکسیجن خرچ ہوتی رہتی ہے۔ اس کے بعد جب آکسیجن کی احتیاج ناگہانی طور پر محسوس ہوتی ہے تو سانس پھر شروع ہو جاتی ہے۔ بیش تنفس (hyperpnoea) کے دوران میں پھیپھڑوں میں آکسیجن برسرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن چونکہ مرکز تنفس ضرورت سے زائد متہیج ہو جاتا ہے، لہذا CO_2 دھوکہ خارج ہو جاتی ہے اور آکسیجن کی احتیاج سرورست موجود نہیں رہتی۔ اس طرح چین اسٹوکس تنفس کا انحصار دو جدا گانہ عاملوں کی موجودگی پر ہوتا ہے، جو مرکز تنفس کو متہیج کرتے ہیں۔ یہ عامل یہ ہیں: آکسیجن کی احتیاج اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) (Pembrey and Allen)۔ چین اسٹوکس تنفس کو ایک انجن کے "حاکم کی جویندگی" ("hunting of the governor") سے تشبیہ دیا جاسکتی ہے جو اڑ پیلے (flywheel) کی غیر موجودگی میں واقع ہوتی ہے۔ تنفس کے ان تغیرات کے ساتھ دوسرے مظاہر بھی ہو سکتے ہیں۔ عدم تنفس (apnoea) کے اختتام پر آکسیجن کی

احتیاج کے زمانہ میں، مریض پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے، وہ غافل اور بے پروا ہو جاتا ہے، اور اس کا چہرہ کبود (livid) ہو جاتا ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ بیش تنفسی عرصے کے آخری حصے میں مریض متہیج (excited) ہو جائے۔ بیش تنفس (hyperpnoea) میں ممکن ہے کہ پتلیاں تنسج ہو جائیں، اور عدم تنفس (apnoea) میں پھر سکڑ جائیں۔ نبض اکثر شاذ ہی متاثر ہوتی ہے، لیکن سٹرافیل ٹیلر (sir F. Taylor) نے مشاہدہ کیا کہ وہ بیش تنفس کے ابتدائی اور درمیانی زمانوں میں تیس سیکنڈ کے لئے بالکل موقوف ہو گئی۔

تنفسِ بیتو (Biot's respiration) میں، جو عام ترین طور پر التهابِ سحما (meningitis) میں دیکھا جاتا ہے، کئی سیکنڈ (تیس یا زائد سیکنڈ تک) کے وقفے کم و بیش نوبتی طور پر واقع ہوتے ہیں، لیکن تنفسات کا چرچاؤ اُسار نہیں ہوتا۔ رائجنی شعاعیں (Röntgen rays)۔ یہ طریقہ تحقیق سینہ کے مرض کی حقیقت شناخت کرنے، یا اُس کی وسعت اور جائے وقوع کا اندازہ کرنے کیلئے نہایت منفعت بخش ہے۔ حجابِ عاجز کی وضع اور حرکت، اور ریوی تجتد (pulmonary consolidation)، ورنہ (tubercle)، نوبالیدوں اور اُلغ انتصبات (liquid effusions) کی موجودگی کی شناخت، پردہ پر نظر آنے والے سایہ سے کیجا سکتی ہے، اور ان کی عکسی تصویریں لیجا سکتی ہیں۔ مریض کے امتحان کا بہترین طریقہ عموماً یہ ہے کہ اُسے اُفتقی وضع میں دیکھنے کی بجائے انتصباتی وضع میں دیکھا جائے۔ جتس (palpation)۔ اس سے یہ مراد ہے کہ سینہ کے حرکات کے امتحان کے لئے یا اُس کی دیواروں کے اُن ارتعاشات (vibrations) کے مطالعہ کیلئے جو آواز یا دوسرے سبب سے پیدا ہو جاتے ہیں، سینہ کی سطح پر ہاتھ رکھا جائے اول الذکر مقصد کے لئے ایک ہی وقت میں ایک ایک ہاتھ سینہ کی ہر جانب پر ترقوی ہڈی (clavicle) کے نیچے، یا زیر کتفی (infra-scapular) خطے، یا زیر بغلی (infra-axillary) خطے پر رکھا جاتا ہے، جس سے حرکت کی مطلق اور اضافی مقداریں کیستدر صحت کے ساتھ معلوم کی جا سکتی ہیں۔ آخر الذکر مقصد کے لئے ہاتھ سینہ پر چپٹا رکھ دیا جاتا ہے اور مریض بلند آواز سے برتا ہے۔ بہترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں ہاتھوں

بیک وقت سینہ کی ہر جانب پر متشکل (symmetrical) وضعوں میں رکھا جائے۔
 ہاتھوں کی ٹھہری (dorsal) سطحیں اور راجی (palmar) سطحیں دونوں اشغال کیجا سکتی
 ہیں (Jex-Blake)۔ حالت صحت میں دیوار سینہ میں ایسے ارتعاشات ہوتے ہیں جو
 اُس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو صاف طور پر محسوس ہوتے ہیں [ملسی صوتی حقیف
 (tactile vocal fremitus) یا ملسی ارتعاش (tactile vibration)]۔ اس
 کے لئے ضروری ہے کہ احوال صوت (vocal cords) کا ارتعاش طبعی ہو اور پھیپھڑوں
 کی ایصال قوت (conductivity) طبعی ہو اور اُس کے ساتھ ہی شعبی انبوبات
 (bronchial tubes) مفتوح ہوں اور شش کی بافت سفنجی ہو۔ ارتعاش کی مقدار
 تندرست اشخاص میں مختلف ہوتی ہے۔ بالغ مردوں میں جن کی آواز گہری اور گونجنے
 والی ہو، سب سے زیادہ ارتعاش پایا جاتا ہے۔ عورتوں اور بچوں میں یہ ارتعاش
 قلیل ترین یا غیر موجود ہوتا ہے۔ ارتعاش مرض کی حالت میں ہر ایسی چیز سے کم یا
 نابود ہو جاتا ہے جو شعبی انبوبات میں رکاوٹ پیدا کر دے یا پھیپھڑوں کو چپکا کر ان کی
 سفنجی بافت کو ٹھوس بنا دے، مثلاً پلیورائی کہفہ کے اندر مایع (liquid) یا موائی
 موجودگی (استرواح الصدر: pneumothorax)۔ جب شش کی بافت کے تجدد
 (consolidation) کے ساتھ شعبی انبوبات کی مفتوح حالت (patency) ہوتو ارتعاش
 زیادہ ہو جاتا ہے۔ ذات الریہ (pneumonia) میں جب چھوٹے انبوبات افزا سے
 بھرے ہوئے ہوں تو ارتعاش کم یا غیر موجود ہوتا ہے، لیکن اگر انبوبات کھانسنے سے
 صاف ہو گئے ہوں تو وہ زیادہ ہو جاتا ہے۔

جس (palpation) سے پلیورائی فرک (pleural friction) کے ارتعاشات
 شعبی تنگی کے ارتعاشات (خرخرات: rhonchi) اور کہفوں میں پیدا ہونے والی
 بعض آوازوں کے ارتعاشات بھی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ متناظر آوازوں کا
 تذکرہ استماع (auscultation) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

قرع (percussion)۔ قرع یعنی تھکے یا ٹوکنے سے جسم کے کسی بھی حصے
 سے آواز پیدا کیجا سکتی ہے۔ مثلاً ران سے ایک بالکل اصرام آواز (absolutely
 dull sound) نکلتی ہے، جو محض ایک شور (noise) ہوتی ہے جس میں صرف

دو صفات ہوتے ہیں، یعنی بلندی (loudness) اور مدت (duration)۔ جب سینہ یا شکم کو (جو ہو اور کہنے میں) ٹھوکا جاتا ہے، تو ان کی آواز ایک حد تک تو ایک شور (noise) ہوتی ہے، اور ایک حد تک ایک موسیقی سرتی (musical tone)۔ کسی ساخت میں ایسی موسیقی سرتی جس حد تک موجود ہو اسی حد تک اس ساخت کو گمک داس (resonant) کہتے ہیں گمک (resonance) کا انحصار امور ذیل پر ہوتا ہے :- (۱) ایک کہنے جس میں ہوا مرتعش ہو سکے (۲) دیواریں جو کافی طور پر یکدہار ہوں، اور ایسا صحیح تناؤ (tension) رکھتی ہوں، ہوا کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر مرتعش ہو سکیں، نیز آواز کو باہر کی طرف ایصال کرنے کی صلاحیت رکھتی ہوں۔ دیوار کا تناؤ گمک پر جو اثر رکھتا ہے اسے ہوا سے پھلائے ہوئے گال کو انگلی کے ناخن سے تھپ تھپا کر اور گال کے عضلات کے انقباض کو بدل بدل کر باسانی بتلایا جاسکتا ہے۔ سرتی (tone) ارتعاشات کے ایک باقاعدہ سلسلے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کا اسر تفاع (pitch) ارتعاشات کی فی ثانیہ تعداد پر منحصر ہوتا ہے۔ اس کی صفت (quality) کا انحصار بلند نغمات (harmonics) یا اونچی سرتیوں (overtones) کی اس تعداد پر ہوتا ہے جو بنیادی سرتی (fundamental note) کے ساتھ موجود ہوں۔ شور محض (mere noise) کی طرح سرتی (tone) میں بھی بلندی (loudness) اور مدت (duration) موجود ہوتی ہے۔ لیکن اگر قرع (percussion) کی طاقت مساوی ہو تو محض شور کے مقابلہ میں سرتی کی بلندی اور اس کی مدت زیادہ ہوتی ہے۔

قرع کی سب سے زیادہ سرتی اور موسیقی آوازوں (musical sounds) کو طبلی (tympanitic) کہتے ہیں۔ ایسی آوازیں شکم سے اور ایک استرواح البصہ والے سینہ سے حاصل ہوتی ہیں۔ ان حالتوں میں ارتفاع (pitch) اونٹ ہوتا ہے، کیونکہ شکم اور سینہ بڑے کہنے ہیں۔ قصبۃ الریہ (trachea) سے بھی ایک طبلی آواز حاصل ہوتی ہے، لیکن اس کا ارتفاع نسبتاً اعلیٰ ہوتا ہے۔ طبعی سینہ کا قرع کرنے سے شش کی طبعی گمک (normal lung resonance) حاصل ہوتی ہے، جس میں موسیقیت کا عنصر بہ نسبت اس کے جو طبلیت (tympany) میں ہوتا ہے

کم نمایاں ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزوں کی لچکدار دیواریں دیوار سینہ کے ساتھ مرتعش نہیں ہوتیں۔ ارتفاع (pitch) ادنیٰ ہوتا ہے، یعنی فی سیکنڈ ۱۲۰ تا ۱۴۰ ارتعاشات (Müller)۔ اگر جو فیزی دیواریں ڈھیلی ہوں (اس صورت میں جب کہ کہنے پلپٹور کے اندر سیال مجتمع ہو رہا ہے) تو قزع کی آواز طبعی ہو جاتی ہے۔ اس کو اسکودائی ملگ (Skodaic resonance) کہتے ہیں۔ اگر سیال نسبتاً زیادہ مقدار میں موجود ہے اور اسے شش کو بچکا کر اس کے اندر کی ہوا کو باہر نکال دیا ہے تو قزع کی آواز بالکل اضم (completely dull) ہو جائے گی لیکن ممکن ہے کہ اضم رقبہ (dull area) سے آگے جہاں شش صرف ڈھیلا پڑ گیا ہے طبعی آواز موجود ہو، اور پھر اس سے بھی آگے کو شش کی طبعی ملگ ہو۔ سیال خود آواز کا اچھا موصل ہوتا ہے، جیسا کہ ہر وہ شخص جو ایک حمام میں لیٹ کر اور اپنے کانوں کو پانی میں ڈوبا ہوا رکھ کر پانی کا نل کھلا رکھے، خود پر تجربہ کر کے دیکھ سکتا ہے۔ ملگ اس وجہ سے غائب ہو جاتی ہے کہ (۱) جب زیادہ سیال موجود ہوتا ہے تو شش بچک جاتا ہے۔ (۲) اگر اب بھی شش میں کچھ ہوا موجود رہے تو سیال میں آواز کی منتقلی ناقص ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 125)۔

بلش ملگ (hyper-resonance) یعنی ملگ کی زیادتی اس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبعی ملگ اور طبعیت کے درمیان ہوتا ہے۔ خفت ملگ (impairment of resonance) یعنی ملگ کی کمی اس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبعی ملگ اور قطعی اضمیت (absolute dullness) کے درمیان ہو بیش ملگی یا طبعی سر (hyper-resonant or tympanic note) مرض نفخ (emphysema) میں پایا جاتا ہے اس مقام پر جہاں جو فیزی دیواریں بڑی حد تک تلف ہو جاتی ہیں، اسی طرح یہ نہایت بڑے کہنوں پر بھی ہوتا ہے جیسے کہ ریل ریلوی (phthisis) میں شش کے تجمد (solidification) یا بچکاؤ (compression) اور پلپٹور کی دبازت سے ملگ کم ہو جاتی ہے۔ شش کے چھوٹے کہنوں پر ایک اضم تدریجی سر حاصل ہوتا ہے، کیونکہ ان کے ساتھ لیفیت (fibrosis) بھی موجود ہوتی ہے۔ ریوی ملگ کا انحصار دیوار سینہ کی دبازت پر بھی ہوتا ہے۔ دیکھ

اشخاص کی نسبت عضلی نشوونما والے اشخاص میں اور سینہ کے اگلے حصے کی نسبت سینہ کی پشت سے نسبت زیادہ اہم مرقع حاصل ہوتا ہے۔

بلا واسطہ قرقع (immediate percussion) کی مشق ترقوی ہڈیوں

پر راست قرقع کر کے کی جاتی ہے۔ بالواسطہ قرقع (mediate percussion)

بقیہ سینہ کے لئے اس طرح کیا جاتا ہے کہ بائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کو ایک

بین الاضلاع فضاء کے طول میں رکھ کر اُس کے بعد ی بین السلاسیاتی مفصل

(distal interphalangeal joint) کی ظہری سطح پر دائیں ہاتھ کی دوسری

انگلی کی نوک سے ٹھوکا جاتا ہے۔ سینہ کی دونوں جانبوں کے متناظر نقطوں کا

باہم مقابلہ کرنا بھی ضروری اور اہم ہے۔ انگلیوں کو اس طریقہ پر استعمال کرنے

سے مزاحمت (resistance) کا کچھ اندازہ ہو سکتا ہے۔ جہاں ایک انگلی سر

حاصل ہوتا ہے وہاں سینہ پر رکھی ہوئی انگلی کی وساطت سے لچک (resilience)

کا احساس محسوس ہوتا ہے۔ جب آواز اہم ہو تو دیوار سینہ بے لچک (unyielding)

اور جامد معلوم ہوتی ہے۔

یہاں قرقعی آوازوں کی دو قسموں کا تذکرہ کرنا بھی ضروری ہے:-

(۱) صوت ظرف شکستہ (cracked pot sound) جو کبھی کبھی اس کہف پر

سنائی دیتی ہے جو ایک شعبت (bronchus) سے ملحق ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔

(۲) قلداری گنگ (amphoric resonance) یا ظری جھنکار (metallic

ring) جو بعض اوقات ایک ہوا سے بھرے ہوئے بڑے کہف پر قرقع کرنے سے سنائی

دیتی ہے اور حر و مناسی (bruit d'airain) سے بہت مشابہ ہوتی ہے

(ملاحظہ ہو صفحات 127، 191)۔ قرقع کو رب سے پہلے آوین برگر (Auenbrugger)

نے ۱۷۱۸ء میں بیان کیا (۳) اور اُس نے وہ مختلف امراضیاتی حالتیں بھی بیان

کیں جو قرقع کی آواز کی تبدیلیوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔

استماع (auscultation)۔ یہ احشاء (viscera) یا جسم کے دوسرے

حصوں کا مطالعہ ہے جو اُن کے اندر پیدا شدہ آوازوں کو سن کر کیا جاتا ہے۔ یہ

بلا واسطہ (immediate) ہو سکتا ہے اس وقت جب کہ برہنہ سینہ پر یا

صرف ایک تولیہ یا رومال کو حائل رکھ کر مریض کے سینہ سے خود کان کو لگا دیا جاتا ہے۔
یا بالواسطہ (mediate) جب کہ ایک موصل صوت آلہ (sound conducting instrument) مریض کے سینہ اور سامع کے کان کے درمیان ربط پیدا کرتا ہے۔
زیادہ عام طور پر جو آلات استعمال میں لائے جاتے ہیں وہ یہ ہیں :- (۱) ڈوگوشی
مستماع الصدا (binaural stethoscope) (۲) سیدھا چوبی یا فیلٹری
مستماع الصدا جو تقریباً بے انخ لمبا ہوتا ہے اور (۳) صوتی دھڑوں بلین
(phonendoscope) جس سے اندر آوازوں میں گنگ پیدا ہو جاتی ہے۔
پہلے اور تیسرے آلے میں یہ فائدہ ہے کہ وہ دونوں غم پذیر ہوتے ہیں، اور
مریض کی ہر وضع میں استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ استماع اور اس کے لمبی فوائد
کو سب سے پہلے لائینک (Laennec) نے بیان کیا۔ اُس نے اپنے مشاہدات کو
۱۸۱۹ء میں دو جلدوں میں جمع کر کے مندرجہ ذیل نام سے موسوم کیا "De

l'Auscultation Médiate ou Traité du Diagnostic des Maladies

des Poumons et du Coeur fondé principalement sur ce nouveau

"moyen d'exploration" اور یہ پیرس میں طبع ہوئیں۔ بالواسطہ استماع کے
انکشاف کو اُس نے اپنے الفاظ میں یوں بیان کیا ہے (8):

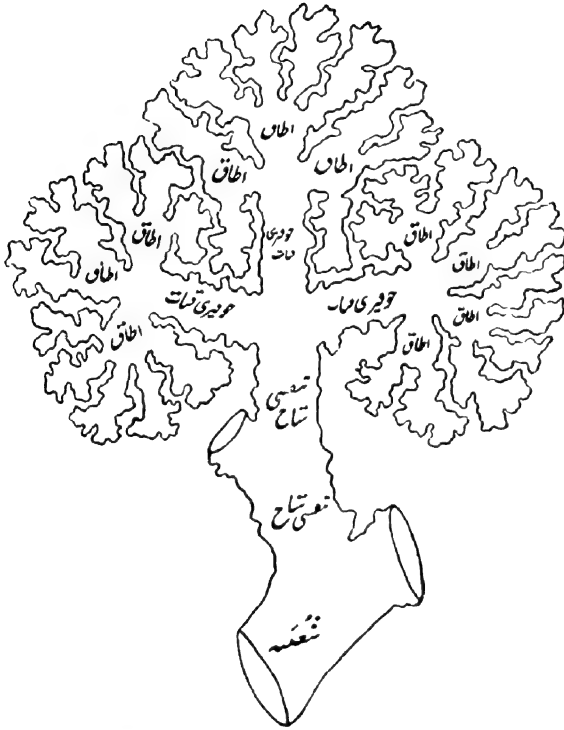
"۱۸۱۶ء میں مجھ سے ایک نوجوان عورت نے مشورہ چاہا۔ مریضہ میں
قلب کے مرض کے عام علامات نظر آتے تھے۔۔۔ مریضہ کی عمر اور صنف کی وجہ سے
مجھے اس کا موقع نہیں تھا کہ میں مندرجہ بالا طریقہ سے (یعنی سینہ پر براہ راست
کان لگا کر) اس کا امتحان کر سکوں۔ جن اتفاق سے مجھے ایک مشہور سمعی مظہر
(acoustic phenomenon) یاد آیا: یعنی یہ کہ اگر ہم ایک چوبی بھتیر کے ایک
سرے پر اپنا کان رکھ دیں تو بھتیر کے دوسرے سرے پر ایک الہین سے کھرچنے کی
آواز ہمیں نہایت صاف طور پر سنائی دیتی ہے۔۔۔ چنانچہ میں نے کاغذ کا
ایک ٹکھا لیا اور اُسے لپیٹ کر خوب سخت بنا لیا، اور اس کا ایک سر مریضہ کے
پیش قلبی خطے (præcardial region) پر رکھ کر دوسرے سرے پر اپنا کان رکھا۔
مجھے تعجب ہوا اور خوشی بھی جب کہ میں نے یہ دیکھا کہ میں مریضہ کی ضربات قلب کو

اس قدر صاف اور واضح طور پر سن سکتا ہوں کہ میں نے پہلے کبھی اپنا کان براہ راست لگانے پر بھی اس صفائی اور وضاحت کے ساتھ نہ سنا تھا۔

اگر تندرست شخص کا استماع کیا جائے تو ہم ہر تنفس کے ساتھ ہر جگہ ایک آواز سنیں گے جسے طبعی صوت تنفس (normal breath sound) یا حویصلی خریہر (vesicular murmur) کہتے ہیں۔ اس کی نقل یوں اُسامری جاسکتی ہے کہ ہونٹوں کو جُرمَن حرف ڈبلیو (German "w") یا انگریزی مجہول "وی" (English "v") کا تلفظ ادا کرنے کی وضع میں رکھا جائے، اور پٹکے سے پھونک ماری جائے۔ اس آواز کا ارتقاع ادنیٰ (low pitch) ہوتا ہے، اور اس میں ۹۰ ارتعاشات (vibrations) ہوتے ہیں (Müller)۔ حویصلی خریہر شہیق (inspiration) کے دوران میں سنائی دیتا ہے۔ لیکن زفری ضل (expiratory act) یا تو بالکل خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے، یا ایک مائل آواز کے ساتھ ہوتا ہے، جو نسبتاً زیادہ نرم اور مختصر (softer & shorter) ہوتی ہے، اور زفر کے اوائل تک محدود ہوتی ہے۔

تنفس کی آوازوں کی پیدائش کی توضیح میں صفحہ 219 پر بیان کیا گیا ہے کہ یہ آوازیں اس وقت جب کہ ہوا ایک تنگ سوراخ سے کسی نسبتاً چوڑی فضا میں جاتی ہے، ایک "منجدھار" (inspiration) بن جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ دوران شہیق (inspiration) میں تنفس کی آواز (۱) مزمار (glottis) کے مقام پر پیدا ہوتی ہے اور (۲) محیط کے مقام پر اس وقت پیدا ہوتی ہے جب کہ ہوا تنفسی شعبات (respiratory bronchioles) میں سے نکل کر، اور جو فیزی قناتوں اور اوتاقوں (atria) میں سے ہوتی ہوئی، ہوائی تاجوں (air-sacs) کے اندر جاتی ہے۔ (ملاحظہ ہو تصویر ۹)۔ جب آواز کسی ایسے منبع سے نکلتی ہو جو کہ یکساں واسطیوں ہو تو وہ عموماً چاروں طرف منتشر ہو جاتی ہے اور اس کی شدت فاصلہ کے مربع کے متناسب گھٹ جاتی ہے۔ لیکن جب آواز مزمار میں پیدا ہوتی ہے جو کہ ایک نلی میں واقع ہے، تو اس کا انتشار رُک جاتا ہے، اور وہ نلی کی دیوار کے اندر سے مسلسل سکوس ہوتی ہوئی، نلی کے راستہ سے نیچے کو ایصال پذیر ہو جاتی ہے، جیسا کہ ایک بولنے کی نلی (speaking-tube) میں ہوتا ہے۔ تاہم نیچے جا کر نسبتاً

چھوٹی نالیوں سے کیتھڈرائٹس کے شش میں واقع ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مزماری آواز جب سینہ کے باہر سنانی دیتی ہے تو وہ کمزور ہوتی ہے اگرچہ اسے اس آواز سے جو کہ محیط کی طرف ہوائی تاجوں وغیرہ میں پیدا ہوتی ہے تقویت حاصل ہوتی ہو۔



بولنے کی نلی کا یہ ہی اصول استماع میں مسمع الصد کے استعمال کی بھی توضیح کرتا ہے۔ دورانِ نَفَس (expiration) میں آواز اور بھی زیادہ کمزور ہوتی ہے کیونکہ وہ خالصاً دِمار کی وجہ سے پیدا ہوتی ہو اور کیونکہ ایک دوسرا عام قاعدہ یہ بھی ہے کہ آوازیں ہوا کی روکی مخالف سمت میں کس آسانی سے ایصال پذیر نہیں ہوتیں کہ جس آسانی کے ساتھ وہ اس کے ساتھ ساتھ ایصال پذیر ہوتی ہیں۔ سینہ کے بعض حصوں میں جہاں بڑے بڑے شعبات اور دیوارِ سینہ کے درمیان استغنیٰ بافت کی تہ چنداں دبیز نہیں ہوتی، تو بھلی خیر کسی قدر درخت تر آوازیں (harsher sounds) سے

تصویر ۹۔ شش کی ساخت، بحوالہ Miller (43)۔
تنفسی شعبات، جو فزری قعات، ادناقات، اور انتہاؤں پر ہوائی تاج، ان سب کی دیواروں میں جو فیروں کا اثر ہوتا ہے جس کی راہ سے گیوں کا تبادلہ ہوتا ہے۔

کے ساتھ وہ اس کے ساتھ ساتھ ایصال پذیر ہوتی ہیں۔ سینہ کے بعض حصوں میں جہاں بڑے بڑے شعبات اور دیوارِ سینہ کے درمیان استغنیٰ بافت کی تہ چنداں دبیز نہیں ہوتی، تو بھلی خیر کسی قدر درخت تر آوازیں (harsher sounds) سے

بدلتا ہے، جو زیر کے بیشتر حصے میں جاری رہتی ہیں اور شعبی حویصلی تنفس (broncho-vesicular breathing) کہلاتی ہیں۔ یہ حصے یہ ہیں: عظم القص (sternum) کا بالائی سرا، پہلی ضلعی کڑیاں جہاں وہ عظم القص سے اتصال حاصل کرتی ہیں اور پشت پر خط وسطی میں ایک الماسی شکل کی فضا جس میں ساتواں عنقی (cervical) اور پہلا ظہری شو کہ (dorsal spine) شامل ہیں۔ دوسری جگہ موقت تک جب تک کہ شش تندرست ہے اور ہوائی راستے نفوذ پذیر ہیں حویصلی خرابیہ موجود رہتا ہے۔ حویصلی خرابیہ بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ بلند اور زیادہ درشت (harsher) ہوتا ہے (صبائی تنفس: puerile breathing)۔ بالغوں میں حویصلی تنفس تندرست شش پر اس وقت درشت اور مبالغہ آمیز ہوتا ہے جب کہ دوسرا شش انیاضل انجام نہ دے رہا ہو (تعویقی تنفس: compensatory breathing)۔ تنفس کی آوازیں غیر عمیق تنفس میں، فٹاخ میں اور اس وقت جب کہ دیوار سینہ دبیز ہو، کمزور ہو سکتی ہیں۔ وقفہ دار یا دور ہٹسن تنفس (interrupted or cog-wheel respiration) وہاں ہوتا ہے جہاں شش کے غیر منظم طور پر پھیلنے کی وجہ سے، جس کا سبب ممکن ہے کہ ہو کہ داخلہ میں میکانیکی مزاحمت ہو یا معصوبیت (nervousness) کی وجہ سے عضلی فعل کی بیقاعدگی ہو، ہتھکی خرابی کے ساتھ (jerky) یا متوجی ہوتا ہے۔ اس قسم کا تنفس زیادہ تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

حویصلی خرابیہ کی کمی، ہو کہ داخلہ میں کمی یا تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ ہوائی جو فیزے مطموس (obliterated) ہو جائیں یا جب ان سے ارتباط رکھنے والا شعبہ (bronchus) مدود یا مطموس ہو جائے یا جب ہوائی جو فیزے سطح سینہ سے دور ہٹ جائیں جیسا کہ عام طور پر پٹیورائی انصباب (pleural effusion) کی حالت میں ہوتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی کا انحصار اس اصول پر ہوتا ہے کہ جب آواز ایک واسطہ مثلاً ہوا میں سے گزرتی ہوئی کسی دوسرے واسطہ مثلاً پٹیورائی انصباب کی سطح پر پہنچتی ہے تو آخر الذکر میں سے اس کی منتقلی ناقص طور پر ہوتی ہے لہذا اس کا بیشتر حصہ واپس منعکس ہو جاتا ہے۔ یہ امر اس وقت بہت بڑی تشخیصی

اہمیت رکھتی ہے جب کہ مقابل شش کے متناظر نقطے پر تنفسی آوازیں طبی پانی جائیں۔
 شعبی تنفس (bronchial breathing) ایک دہری آواز ہے جو دوران تنفس میں مزار میں پیدا ہوتی ہے اور دہن، بلعوم اور شعبی انبوبات کی گنگ سے
 ترمیم یافتہ ہو جاتی ہے۔ ایسا تنفس قصبتہ الریہ (trachea) پر استماع کرنے سے
 سنا جاسکتا ہے۔ شہیقی اور زفری آوازیں طول میں مساوی ہوتی ہیں۔ وہ ایک
 دوسرے سے صاف طور پر جدا ہوتی ہیں، اور کیفیت میں درشت (harsh) ہوتی ہیں۔
 ان کی نقل اُتارنے کا یہ طریقہ ہے کہ دہن اور زبان کو جرمن "ch" کا لفظ ادا کرتے
 کی وضع میں رکھا جائے اور باہر کو پھونک مار کر اندر کو ہوا چوسی جائے۔ شش پر جو
 شعبی تنفس سُنائی دیتا ہے وہ اعلیٰ ارتقاع کا (high-pitched) انیمیبی (tubular)
 یا اوسط ارتقاع کا (medium-pitched)، یا ادنیٰ ارتقاع کا (low-pitched) (کھنکی
 cavernous) ہو سکتا ہے۔ آوازوں کی بلندی (loudness) غیر اہم
 ہے۔ انیمیبی تنفس (tubular breathing) جو بالخصوص متکبد (hepatized)
 شش پر سُنائی دیتا ہے، ایک خاص پھونک (blowing) یا "کنس" ("whiffing")
 کی صفت رکھتا ہے۔ کھنکی تنفس (cavernous breathing) کھوکھلی (hollow)
 نوعیت کا ہوتا ہے۔ یہ اکثر پھیپھڑے کے کہفوں پر سُننا جاتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ اس
 امر پر دال نہیں ہوتا کہ وہاں ایک کہف ہے۔ شعبی تنفس (bronchial breathing)
 جب سینہ پر سُننا جائے تو اس کے یہ معنی ہیں کہ شش کی بافت میں ترمیم ہو گئی ہے۔
 یہ ترمیم بیشتر یہ ہے کہ اس شعبی ساخت، مھوس ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور
 یہ تبدیلی یا تو ہوائی خلیات کے پر ہونے یا تلف ہو جانے سے ہوتی ہے (جیسے کہ
 ذات الریہ یا سل ریوی میں) یا بعض اوقات، اگر ہوائی راستے تمام تر مٹموکس
 نہ ہو گئے ہوں تو بیرونی بچکاؤ (پلیورائی انصباب: pleuritic effusion) کی وجہ
 سے ہوتی ہے۔ ضروری شرط یہ ہے کہ گرد و پیش کے شش کے تجمد (consolidation)
 کے ساتھ شعبی انبوبات کا انفتاح (patency) موجود ہو، تاکہ مزاری آواز کا ایصال
 سطح تک ہو سکے اور وہ منتشر نہ ہونے پائے، نیز یہ کہ معمولی تنفسی خریک کا جو فیزی جزو
 غیر موجود ہو۔

قلری تنفس (amphoric breathing)۔ یہ ایک ڈہری آواز ہے جو شہیق اور زفیر کے دوران میں سُنائی دیتی ہے، اور جو شعبی تنفس کی نسبت زیادہ موسیقی صفت رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس میں ایک مخصوص فلزی صفت یا جھنکار ہو۔ اس کی نقل ایک تنگ گردن والی شیشہ کی استوانی یا گُلدان (vase) کے مُنہ کے اندر پھونکنے سے اُتاری جاسکتی ہے۔ یہ آواز بڑے کہنوں پر سُنائی دیتی ہے یا ایسے استرواح الصدر (pneumothorax) پر سُنائی دیتی ہے جو ایک شعبہ کے ساتھ کھلا ہوا ارتباط رکھتا ہو، اور یہ اُس کہنہ کی گنگ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ قدرتی تنفس کا ارتفاع (pitch) اور بلندی (loudness) تغیر پذیر ہوتی ہے۔

صرصہ (stridor) ایک بلند آواز ہے جو اینیبی تنفس (tubular breathing) سے کسی قدر مشابہ ہوتی ہے، لیکن اس کی صفت نیٹی (whistling) جیسی یا سِکار نے (hissing) جیسی ہوتی ہے۔ یہ آواز مزار کی تنگی، قصبہ کی تنگی یا بڑے شعبات میں سے کسی ایک شعبہ کی تنگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ سینے کے بیشتر حصے پر سُنائی دیتی ہے، اور بعض اوقات مریض کے نزدیک کے آدمی اسے بغیر سماع الصدر کی مدد کے سُن سکتے ہیں۔

غیر معمولی آوازیں (adventitious sounds)، معمولی تنفس کی آوازوں یا متذکرہ بالا طور پر ترمیم شدہ تنفسی آوازوں کے علاوہ، اور اُن کے ساتھ ساتھ سُنائی دیتی ہیں۔ اگر یہ پرسکون تنفس کے ساتھ نہ سُنائی دیں تو مریض کو گہری سانس اندر لینی چاہئے، جس سے ممکن ہے کہ یہ سُنائی دینے لگیں۔ غیر معمولی آوازیں خرخرات (rhonchi)، لغطات (râles) اور فرک (friction) کی آوازیں ہیں۔

خرخرات (rhonchi) کم و بیش موسیقی آوازیں ہیں جو مخاط کے اجتماع سے شعبی انبوبات کے سدِ دِماغِ حلقی کے درم، یا انبوبات کے عضلی ریشوں کے تنہی انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ آوازیں شعبی انبوبہ کی جسامت اور تنگی کی مقدار کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتی ہیں، اور انہیں مختلف معمولی آوازوں مثلاً کو کو کرنے (cooing) کراہنے (groaning) خراٹے لینے، غرغر آنے،

(grunting) یا سیٹی بجانے سے تشبیہ دی جاتی ہے۔ اونے ارتقاع کی (lower-pitched) خراٹے دار آوازوں کو سرتان خرخرات (sonorous rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبتاً بڑے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ نسبتاً اعلیٰ ارتقاع کی (higher-pitched) سیٹی جیسی آوازوں کو صفیری خرخرات (Sibilant rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبتاً چھوٹے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ زیر یا شبق میں سُنائی دے سکتے ہیں، اور ان کی جگہ اور بلندی ہمیشہ بدلتی رہتی ہے۔ بلند تان خرخرات اکثر مریض کے نزدیک کھڑے رہنے والے اشخاص کو سُنائی دیتے ہیں، اور انھیں سے ”سوسوں کی آواز“ (”wheezing“) پیدا ہوتی ہے۔

لغظات (râles) مختلف قسم کی، چمکنے کی (crackling) یا حلق میں گھونگھرو بولنے کی (rattling) آوازیں ہیں۔ یہ بڑے، اوسط جامت کئے اور نسبتاً چھوٹے شعبی انبوبات میں، یا ریوی کہنوں میں، وہاں کے جمع شدہ سیال افرازات کے اندر ہوا کے زور سے داخل ہونے کی وجہ سے اور بلبلوں کے بننے اور ان کے کسی قدر شور کے ساتھ پھوٹنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات انھیں خرخرات یا خشک آوازوں (rhonchi or dry sounds) سے تمیز کرنے کے لئے تر آوازوں (moist sounds) کے نام سے یاد کرتے ہیں۔ لیکن یہ تفریق نامناسب ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ خود خرخرات (rhonchi) مخاط کی موجودگی کے باعث پیدا ہو گئے ہوں۔ لغظات (râles) بلبلوں کی جامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں، چنانچہ وہ باریک (fine)، متوسط (medium) یا موٹے (coarse) کہلاتے ہیں۔ لغظات کی تقسیم تحت شعبی (bubbling) اور متفقع (crackling) لغظات میں بھی کی جاتی ہے۔ آخر الذکر ایک تیز صاف، جھنکار دار انفجاری (explosive) نوعیت کے ہوتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ یہ مجتمعات شش کے وسط میں واقع ہوتے ہیں، جہاں گمک کے لئے مخصوص حالات موجود ہوتے ہیں۔ اول الذکر یعنی شعبی لغظات کی آواز دھیمی (dull) ہوتی ہے، ان میں جھنکار یا دھماکے کے ساتھ پھوٹنے کی صفت نہیں ہوتی، اور یہ بیشتر ان انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں جو طبی اسفنجی بافت سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ متفقع لغظات

(crackling râles) کو بعض اوقات اُن کے مفروضہ سیمی باخذ (acoustic origin) کی وجہ سے متنغم (consonating) اور تختبئی لفظات (bubbling râles) کو اس کے بالعکس غیر متنغم (non-consonating) کہتے ہیں۔ تخرغری لفظہ (gurgling râle) ایک موٹا لفظہ ہے جو سب سے بڑے انبوبات میں پیدا ہوتا ہے۔ تک تکہ (crepitation) کی اصطلاح بلا امتیاز تمام لفظات کے لئے استعمال کی گئی ہے، لیکن اب عموماً وہ ایک نہایت باریک لفظہ کے لئے محدود ہے جو اتنا باریک ہو کہ خشک اشیاء (مثلاً کان کے پاس بالوں کی رگڑ یا ریشم کی سرسرابٹ) سے ماخوذ ہونے پر دلالت کرے۔ تک تکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجے میں اذیمائے شش میں اور ایسے شش میں سنائی دیتا ہے جو طویل مہبوط (collapse) کے بعد زور سے پھیل جائے۔ وہ غالباً ایسے تنفسی شعیبات، اذماقوں اور ہوائی تاجوں کے کھلنے کے باعث ہوتا ہے جو پیچھے سٹال سے یا سادہ عدم استعمال کی وجہ سے چپک گئے ہوں۔ تک تکہ (crepitations) اور نسبتاً باریک لفظات صرف دورانِ شہیق میں سنائی دیتے ہیں۔ متوسط جامت کے اور موٹے لفظات دورانِ زفر میں بھی سنائی دے سکتے ہیں۔ ریل ریلوی (phthisis) میں لفظات اس گہرے شہیق کے دوران میں ظاہر ہو سکتے ہیں جو کھانسی کے بعد ہو۔

فلزی جھنکار (metallic tinkling) کا اطلاق اُن جھنکار دار یا کھناکھن کی آوازوں پر کیا جاتا ہے جو بعض اوقات اس صورت میں سنائی دیتی ہیں جب کہ ایک مریض جس کے شش میں ایک بڑا کہفہ ہو بولتا یا کھانسا ہو۔ یہ عموماً ایک موسیقی لفظہ (musical râle) ہوتی ہے۔

بعد سعالی امتصاص (post-tussive suction) ایک چوسنے کی آواز ہے جو ایک کہفہ (تدرنی یا تمدلشعی bronchiectatic) پر کھانسنے کے بعد سنائی دیتی ہے۔ اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ مابعد گہرے شہیق کے شروع میں ہوا ایک سکاردار آواز (hissing sound) کے ساتھ یکایک کہفہ کے اندر واپس چوس لی جاتی ہے۔

آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) یا ریمی استرواح الصدر

(pyo-pneumothorax) کی اصابتوں میں اس وقت جب کہ طیب کا کان مریض کے سینہ پر لگا ہوا ہو اگر مریض کو ہلایا جائے تو ایک چھلک کی آواز (plashing sound) سنائی دے گی جو کہفہ پلیورائی میں کی ہوا اور مائع سے نکلتی ہے (ھڑکاؤ بقراط: Hippocratic succussion)۔

فیر کی آواز (friction sound) یا پلیورائی رگڑ (pleuritic rub) پلیورائی کی دو ایسی سطحوں کے باہم رگڑنے سے پیدا ہو جاتی ہے جو التهاب کی وجہ سے کھردری ہو گئی ہوں۔ یہ اپنی نہایت تمیز شکل میں ایک درشت گڑ گڑانے (grating) یا چرچرانے (creaking) کی آواز ہوتی ہے، جیسی کہ چمڑے کے دو ٹکڑوں کو ایک دوسرے پر زور سے رگڑنے سے یا انگلی کی راجی سطح (palmar surface) کو ایک چوبی سطح پر مٹکنے سے نکلتی ہے۔ یہ دورانِ شہیق میں بہترین سنائی دیتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ زفر کے ساتھ بھی سنی جائے۔ بعض فیر کی آوازیں لغطات سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ لیکن وہ سینہ کے تھوڑے حصے پر محدود ہوتی ہیں، اور کھانسنے سے متاثر نہیں ہوتیں۔ جب دیوارِ سینہ پر مسلع الصدر کا دباؤ بدل دیا جاتا ہے تو ان کی بلندی مختلف ہو جاتی ہے۔ جب وہ قلب کے اوپر کے پلیورائی میں پیدا ہوتی ہیں تو ضربات قلب کے ساتھ مناظر ہوتی ہیں، لیکن ان کی بلندی (loudness) تنفس کی سیٹوں (phases) کے ساتھ ساتھ بدلتی رہتی ہے (پلیورائی ٹائموری فیرک: pleuro-pericardial friction)۔

بولنے کی آوازیں (voice sounds) بولنے کی آوازیں جو طبی سینہ پر مسلع الصدر سے سنائی جاتی ہیں ایک میہم (blurred) اور غیر واضح نوعیت رکھتی ہیں جس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزی بافت میں ان کا ایصال غیر منظم طور پر ہوتا ہے۔ اس عدم وضاحت کی صفت ہی پر صوتی گمگ (vocal resonance) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔ صوتی گمگ کا کمر یا مفقود ہونا (diminished or absent vocal resonance) بے چل اور عورتوں میں جن کی آوازیں اعلیٰ ارتفاع کی (high pitched) ہوتی ہیں ممکن ہے کہ صوتی گمگ خفیف یا مفقود ہو۔ مریض میں اس کی غیر موجودگی شعبہ کے تردد (obstruction) یا سیال سے کشش کے پھکاؤ (compression) کا نتیجہ ہوتی ہے۔

شعبہ صوتی (bronchophony):۔ یہ اصطلاح اُس وقت استعمال کی جاتی ہے جب بولنے کی آوازیں اپنی نوعیت میں واضح، اور ساتھ ہی معمول کے نسبت زیادہ بلند ہوتی ہیں۔ جب آوازیں واضح مگر کمزور ہوں تو بعید شعبہ صوتی (distant bronchophony) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ شعبہ صوتی تجدد شش میں پائی جاتی ہے، مثلاً اس تجدد میں جو ذات الریہ اور سیل ریوی میں واقع ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس وقت پائی جاتی ہے جب ککشش کا پچکاؤ (compression) ہو۔ جب شعبہ صوتی موجود ہوتی ہے تو سرگوشی کی آوازوں (whisper sounds) کا بھی ککشش میں سے ایصال ہوتا ہے (صدر کلامی: pectoriloquy)۔ بزر صوتی (ægophony) آواز کی وہ مخصوص انفی یا غغغناہٹ داس (twanging) ترمیم یافتہ صورت ہے جو مسماع الصدر سے سنائی دیتی ہے۔ یہ نام اس مشابہت پر مبنی ہے جو کہ اس میں اور کبری کے مہیانے (bleating) میں پائی جاتی ہے۔ اس کلام ترین سبب بلاشبہ پلیئوراکے اندر سیال کی موجودگی ہے۔ یہ بعض اوقات ذات الریہ تجدد میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ بزر صوتی کی وجہ جو نہایت عام طور پر تسلیم کی جاتی ہے یہ ہے کہ بولی ہوئی آواز ایک خالص سُر (pure tone) نہیں بلکہ ایک بنیادی سُر (fundamental note) اور اس کے اعلیٰ تر از تفعاع کے بلند نغمات (harmonics of higher pitch) کا آمیزہ ہے۔ یہ بخوبی معلوم ہے کہ ادنے سُر (low notes) ہوا میں سے مانع میں اتنی اچھی طرح منتقل نہیں ہوتے جتنی اچھی طرح کہ نسبتاً اعلیٰ سُر منتقل ہوتے ہیں۔ اس بنا پر خیال کیا جاتا ہے کہ ممکن ہے کہ بنیادی سُر سیال میں سے گزرنے نہیں پاتا اور سطح سینہ پر بالخصوص بلند نغمات (harmonics) ہی سنے جاتے ہیں۔ اس کو اس طرح بہترین طور پر واضح کیا جاسکتا ہے کہ مریض کو ایسے الفاظ کا تلفظ کرنے کو کہلجائے جن میں حروف علت ”ای“ (e) اور ”آئی“ (i) موجود ہوں [مثلاً ”تھری“ (three) اور ”نائنٹی نائن“ (ninety-nine)] جن کا انحصار اعلیٰ تر بلند نغمات (higher harmonics) پر ہوتا ہے۔

استماعی قرع (auscultatory percussion)۔ اس عمل میں سماع لصد سینہ پر رکھ کر اس کے گرد کی سطح پر قرع کیا جاتا ہے۔ اس کی خاص منفعت یہ ہے کہ

اس کے ذریعہ سے استرواح الصدر (pneumothorax) کی اصابتوں میں جرسی آواز (bell sound) یا حروخاسی (bruit d'airain) حاصل کی جاتی ہے۔ طیب سینہ کے اس حصہ پر جو استرواح الصدر سے ماؤف سمجھا گیا ہے، مسمع الصدر سے استماع کرتا ہے اور ساتھ ہی ایک مددگار مریض کے سینہ پر ایک سکتہ رکھ کر اسے دوسرے سکتے سے مار کر بجاتا ہے۔ یہ آواز کھوکھلے کہنہ میں گنگ حاصل کرتی ہوئی، مسمع الصدر میں ایک بلند جھنکار وار موسیقی سر (musical note) کے طور پر منتقل ہوتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 191)۔

التهاب قصبة الریه (TRACHEITIS) اور نوعی ستریتس

التهاب قصبہ ویسے ہی حالات و ماحول سے پیدا ہو جاتا ہے جو التهاب حنجرہ پیدا کر دیتے ہیں۔ حادثہ نازلی التهاب قصبہ (acute catarrhal tracheitis) اکثر التهاب حنجرہ اور شعبی التهاب (bronchitis) کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن ان کے پیدا کردہ علامات اُسے پوشیدہ رکھتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ تنہا بھی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں وہ کھانسی پیدا کر دیتا ہے جو اکثر خشک (hacking) شاید بہت زور کی یا دورے کے طور پر، اور کسی قدر نفث (expectoration) کے ساتھ ہوتی ہے۔ انفلوئنزا کے آغاز میں التهاب قصبہ کے ساتھ نامعلوم مبداء کا تحت القصی درد موجود ہو سکتا ہے۔ حنجرہ بین (laryngoscope) سے مخاطی جمعی متلی (congested) نظر آتی ہے، اور بعض اوقات قرعے (ulcers) بھی نظر آتے ہیں۔ مسمع الصدر سے قصبہ الریه کے اندر مخاطی لٹحات (mucous râles) سنا دیے ہیں، لیکن مخاطی جمعی کا ورم اور مخاطی اجتماع دیا دہ بہر (dyspnoea) پیدا کرنے کے لئے عموماً کافی نہیں ہوتے۔ مریض کے لئے ویسے ہی علاج کی ضرورت ہے جیسا کہ شعبی التهاب (bronchitis) میں کیا جاتا ہے، یعنی پیش گرم ہو، اور تکشف (exposure) سے پرہیز کیا جائے۔ تکلیف دہ کھانسی میں مارفیا (morphia) (پانچ تا ایک گریں) کے نفوحات (insufflations) سے افاقہ ہو سکتا ہے۔ اور سفشات یعنی مخرج لغم ادویہ (expectorants)، مثلاً اسقیل (squill) اور عرق الذهب

(ipecacuanha) بجای یالوبان (benzoin) کے استنشاقات (inhalations) اور عظم القص (sternum) کے بالائی حصے پر رائی کا لگانا کارآمد ہیں۔

قصبۃ الریه پر ڈفٹھیریا (diphtheria) کا حملہ ہوتا ہے جو حنجرہ سے پھیل آتا ہے۔ چنانچہ کroup (croup) جو حنجری ڈفٹھیریا کے سوائے اور کچھ نہیں، ایک زمانہ میں زیادہ تر التهاب قصبہ (tracheitis) ہی سمجھی جاتی تھی۔

کبھی کبھی حنجرہ کے تدرن کے ساتھ تدرن قصبۃ الریه (tubercle of the trachea) بھی واقع ہو جاتا ہے۔ غشائے مخاطی یا تحت المخاطی بافت میں درنہ کے جماؤ کے بعد تقریح (ulceration) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ قرعے پھیلی دیوار پر زیادہ عام ہوتے ہیں اور عموماً تا مملی میٹر ناپ کے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ یہ قطر میں ۱۰ ملی میٹر تک پہنچ جائیں۔ قصبی تدرن (tracheal tubercle) کے باعث جو علامات ہوتے ہیں وہ عموماً ان علامتوں سے پوشیدہ ہو جاتے ہیں جو کہ حنجرہ یا شش کے ہمزمان مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

آتشک (syphilis) بھی اپنے درجہ ثانوی یا ثالث میں قصبۃ الریه کو مائل کر کے مختلف اصابتوں میں مبتلا (congestion) (شاذ حالتوں میں) غلط سیجے (condylomas) اور اوپری قرعے پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم تغیر قصبہ کا تضیق (stricture) ہے۔ قصبۃ الریه بیشتر اوقات اپنے زیرین سرے پر، اور نسبت کم عام طور پر اپنے بالائی سرے پر مائل ہوتا ہے۔ اور یہ تضیق ممکن ہے کہ محض ایک ہی مقام پر تکی تنگی ہو یا ممکن ہے کہ قصبہ کے ایک بڑے طول کا قطر یہ (calibre) کم ہو جائے۔ غشائے مخاطی بندوں اور حیدوں (ridges) کی صورت میں ابھرتی ہے، جن کے متعلق یہ سمجھا گیا ہے کہ یہ ایسے سابقہ قروح کے ندبات (cicatrices) ہیں کہ جن سے پہلے ممکن ہے صغیے (gummas) ہو چکے ہوں۔ لیکن جرمن ماہرین امراض ان دبا زتوں کو آتشک کا راست نتیجہ اور تقریح کو ثانوی خیال کرتے ہیں۔ آخری درجوں میں غضرونی حلقے متکشف اور تخرزدہ ہو کر یا تو نفث میں خارج ہو جاتے یا جذب ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات تضیق (stricture) کو حنجرہ میں کی وساطت سے مزار (glottis) کے نیچے دیکھا جاسکتا ہے۔ اس تضیق کے علامات، تشخیص اور معالجہ کے

لئے ذیل میں قصبی تسد (tracheal obstruction) کے عنوان کے تحت ملاحظہ فرمائیں۔

قصبۃ الریہ کی نوبالیدیں

(NEW GROWTHS IN THE TRACHEA)

قصبۃ الریہ، اولی نوبالیدوں سے، خواہ وہ سلیم (benign) ہوں یا خبیث (malignant) خیرتناک طور پر کم ماؤف ہوتا ہے۔ جب یہ بالیدیں ہو جوتی ہیں تو بہر (dyspnoea) پیدا کر دیتی ہیں اور حنجرہ بین (laryngoscope) یا شعبہ بین (bronchoscope) کی مدد سے شناخت کی جاسکتی ہیں۔ زیادہ کثرت کے ساتھ مری کا سرطان یا واسط (mediastinum) کا سرطان، متصلہ قصبۃ الریہ کے اندر بڑھ کر اس کے مجری کو تنگ کر دیتا اور تضیق (stricture) کے علامات پیدا کر دیتا ہے۔ جب وہ مری سے پھیلتا ہے تو پہلے غسر بلع (dysphagia) ہوتا ہے، لیکن سرطان واسط (carcinoma of the mediastinum) کی پہلی علامات ممکن ہے کہ قصبی علامات ہی ہوں۔ سلعات سے قصبہ کے ماؤف ہونے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ وہ اسے محض باہر سے دبا دیتے ہیں۔

چوں کہ ان تمام ایصابتوں میں خاص علامات کا انحصار قصبہ کے قطریہ کی تخفیف پر ہوتا ہے، اور چونکہ یہ تخفیف ایسے سلعات کے علاوہ دوسرے اسباب سے بھی واقع ہو سکتی ہے، لہذا مناسب ہوگا کہ قصبی تسد کی امراضیات (pathology) اور سریریاتی خصائص پر علائحہ غور کیا جائے۔

قصبی تسد

(TRACHEAL OBSTRUCTION)

اس کے اسباب کی گروہ بندی تین عنوانوں کے تحت کی جاسکتی ہے:-

(۱) باہر سے دباؤ۔ (۲) تغیرات جو خود قصبہ کی دیواروں میں ہو جائیں (تضیق stricture)۔ (۳) اور اس کے اندر اجسام غریبہ (foreign bodies) کی موجودگی۔

قصبہ کا انضغاط (compression of the trachea)۔ اس کے

عام ترین اسباب واسطی نوبالیدیا (mediastinal new growths) اور طلی یاٹسے عروق کا انورسما، جسم درقی کی کلائی، اور گردن کے سلعات خیشہ میں۔ مری کا سرطان بھی قصبہ کو دبا سکتا ہے، لیکن یہ جلد ہی قصبہ پر حملہ آور بھی ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان دونوں انبویات کے درمیان اشتقاق (perforation) واقع ہو جاتا ہے۔

کبھی کبھی بچوں میں شعبی غد کا تجھن (caseation) اور شقیق (suppuration) واقع ہو کر ان کی کلائی پیدا ہو جاتی ہے جس سے قصبہ الریہ دب جاتا ہے، اور اگر پھوڑا قصبہ کے اندر پھوٹ پڑے تو پیپ یا متجھن غد کے حصے نفث کے ذریعہ خارج ہوتے ہیں۔ کسی دوسرے طریقے [شوکر کی بوسیدگی (caries of the spine)، مقامی بیلہ

(localised empyema)] سے پیدا شدہ واسطی خراج (mediastinal abscess)

مطرائیضیق (mitral stenosis) کی اصابتوں میں متسع بایاں اُدین، ادبچوں میں بڑھا ہوا غدہ تیموسیہ (thymus) یہ کبھی کبھی قصبی دباؤ کا موجب ہو جاتے ہیں۔

تضیق (stricture)۔ اس کا خاص سبب آتشک ہے، جس پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔

اجسام غریبہ قصبہ الریہ کے اندر شاذ و نادر ہی مجموعیں رہتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر وہ ایک یا دوسرے شعبہ کے اندر گر جاتے ہیں، گو یہ ممکن ہے کہ وہ تنفسی روؤں سے قصبہ میں اوپر نیچے حرکت کرتے ہوں۔

علامات۔ اہم ترین علامات بہر (dyspnoea) اور صرصری تنفس

(stridulous breathing) ہیں۔ ان کے ساتھ اکثر کھانسی ہوتی ہے اور پتلے

جھاگ دار مخاط کا نفث نکلتا ہے۔ آواز غیر متاثر رہتی ہے، یا کمزور ہوتی ہے

کیونکہ تسد زفری ہوا (expired air) کی رو کو کمزور کر دیتا ہے۔ سینہ گنگ وار

(resonant) ہوتا ہے، لیکن حویصلی خریر (vesicular murmur) کمزور ہوتا ہے،

یا صرصرہ (stridor) کے شور کی وجہ سے سنائی نہیں دیتا۔ قصبی ضیق کے ساتھ دوسری

علامات اس ضرر کی وجہ سے ہوتی ہیں جو ضیق پیدا کرتا ہے۔ یہ علامتیں بعض اوقات اُدِطی اَنورِسیا یا عمیق مقام واسطی سلعہ (mediastinal tumour) کی حالت میں ابتداء بالکل غائب ہوتی ہیں۔

جب قصبی تضیق یا قصبی انضفاط ایک خاص حد تک پہنچ جاتا ہے تو مریض پر شدید بُہر اور ساتھ ہی زراق (cyanosis) کے ناگہانی حملے ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ ان میں سے چند دوروں سے تو ممکن ہے کہ وہ شفا یاب ہو جائے لیکن تیسرے یا چوتھے یا بعد کے کسی دورے میں وہ غالباً ہلاک ہو جائے گا۔

تشخیص۔ یہ حسب ذیل امور کے درمیان کرنی پڑتی ہے :- (۱) تسدِ قصبۃ الریہ اور تسدِ حنجرہ کے درمیان۔ (۲) قصبی تسد کے مختلف اسباب کے درمیان۔ حنجرہ بین، حنجری مرض کی غیر موجودگی کو فی الفور ظاہر کر دے گی۔ قصبی تضیق کی موجودگی یا قصبہ کو دبائے والے سلعہ یا اَنورِسیا کی موجودگی حنجرہ بین سے، یا اگر اس سے ناکامی ہو، تو شعبہ بین (bronchoscope) سے بھی بتلائی جاسکتی ہے۔ اگر ممکن ہو تو اس امر کا تعین شدہ کُہ بالا دوروں کے وقوع سے پہلے ہی کر لینا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ دوروں کی حالت میں ان آلات کا استعمال مشکل ہو اور مزید برآں ممکن ہے کہ دورے حنجری شنج (laryngeal spasm) کا غلط ایما کر دیں جس کا نتیجہ یہ ہو کہ عاجلانہ اور غیر ضروری قصبہ شنگافی کر دی جائے۔ حنجری اور قصبی تسد کے اثرات کے درمیان بعض اختلافات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک وہ ہے جسے گرہارٹ (Gerhardt) نے دیکھا ہے کہ حنجری تسد میں حنجرہ تنفسی حرکات کے دوران میں گرون میں اوپر اور نیچے کی طرف بڑی دُور تک حرکت کرتا ہے درآئیکہ قصبی تسد میں وہ محض خفیف سی حرکت کرتا ہے۔ حنجری تسد میں سر پیچھے کو کر جاتا ہے لیکن قصبی تسد میں سر اکثر سامنے کو جھکا ہوا ہوتا ہے۔ اگر حنجری تسد کی وجہ عضلات مسدود کال (abductor paralysis) ہو تو صرصرہ (stridor) زیادہ تر شہتی (inspiratory) ہوتا ہے، مگر قصبی تسد میں کچھ صرصرہ عموماً زفیر (expiration) کے ساتھ ہوتا ہے۔ تاہم حنجری تسد کی بعض اصابتوں میں صرصرہ ہر دو تنفسی افعال کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ قصبہ کا استماع (auscultation) یقیناً مغالطہ وہ ہوتا ہے، کیونکہ خواہ ضیق (stenosis) قصبۃ الریہ کے اندر ہو بلند ترین

(loudest) صرصرہ حجزہ پر ہی سنائی دیتا ہے۔ زیر بحث نکتہ علمی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ قصبہ شگافی (tracheotomy) سے ممکن ہے کہ حجزی تسد کا ازالہ ہو جائے مگر اس سے قصبی تسد کا ازالہ ہونا شاذ ہے۔ اور جب اس نوعیت کا عملیہ مریض کو کوئی امر فائدہ نہیں پہنچا سکتا تو مستحسن یہ ہے کہ اس سے اس سے معاف ہی رکھا جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ گردن میں کئی یا سینہ کے بالائی حصہ میں کسی نوبالید یا انورسما سے یہ دونوں تسدات پیدا ہو جائیں، یعنی ایک تو بلا واسطہ قصبہ الریہ پر دباؤ پڑنے سے، اور دوسرا بالواسطہ بازگرد حجزی اعصاب (recurrent laryngeal nerves) پر دباؤ پڑنے سے جس سے عضلات بقیہ کا مشکل پیدا ہو جاتا ہے۔

قطع نظر اس امداد کے جو حجزہ بین یا شعبہ بین سے حاصل ہوتی ہے، قصبی تسد کے سبب کئی شناخت کا انحصار دیگر علامات پر بھی ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائی جاتی ہیں (collateral symptoms)۔ انضغاط کا کوئی منبع غالباً دوسرے اعضاء و اشعار کو بھی موقوف کر دے گا اور اس طرح عسر البلع، سرگردن یا بازو کی وریڈوں کا تسد و تناظر اعصاب پر دباؤ اور عظم القص کے عقب میں یا سینہ کے بالائی حصے پر ایک طرف احمیت (dulness) پیدا کر دے گا۔ اس کے برعکس جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، اس تضیق کو جو آشک کے باعث ہوا ایسے علامات سے مترا ہونا چاہئے۔ لیکن جب اورطی کا انورسما قصبہ کو دباتا ہے تو ابتداء ایسی کوئی دوسری علامت ظاہر نہیں ہوتی کہ جس سے وہ شناخت کیا جاسکے۔ انورسما اور دروں صدری بالیدوں کے درمیان تفریق کرنے کے لئے قارئین دروں صدری ٹومایہ جاست (intra-thoracic neoplasms) کا بیان ملاحظہ فرمائیں (ملاحظہ ہو صفحہ 181)۔ ہر دو صورتوں میں رابغی شعاعوں (Röntgen rays) سے کچھ امداد مل سکتی ہے۔

انذار۔ یہ نہایت ناموافق ہوتا ہے، کیونکہ ان اسباب پر جو کہ نسبت عام ہیں، ماحول کا چند ان اثر نہیں ہوتا۔ لیکن ممکن ہے کہ قصبہ کو دبائے والے پھوڑوں کی شاذ اماتیں پھوڑے کے پھوٹ جانے پر شفا یاب ہو جائیں۔

علاج۔ داعیات (indications) یہ ہیں :- (۱) اگر ممکن ہو تو سبب مرض کا دور کرنا۔ (۲) جہاں تسد بالائی حصے میں ہو قصبہ کو مقام تسد سے نیچے

کھول دینا اور (۳) علامات اور ثانوی نتائج کا ازالہ کرنا ایک مرضی غددہ در قبیہ (thyroid) یا بیش پروردہ تیموسہ (hypertrophied thymus) کو نکال کر خارج کر دینا چاہئے، اور گردن کے بڑھے ہوئے غدود یا بالیدوں کو بھی اسی طرح پھوٹے جہاں قابل رسائی ہوں حتی الامکان کھول دینے چاہئیں۔ لیکن ایسے موقعے نادر الوقوع ہیں۔ اگر انورسما کی تشخیص ہو گئی ہو تو اس حالت کا مناسب علاج عمل میں لانا چاہئے، اور تین تضیق (stricture) کے لئے پارہ اور پوٹاسیم آیوڈائیڈ یا سالورسان (salvarsan) کے ذریعہ سے فعال دافع آتشک علاج عمل میں لانا چاہئے، بالخصوص جب کہ تعامل و آزرین (Wassermann) مثبت حاصل ہوا ہو۔ آیوڈائیڈ کا استعمال ہر اس اصابت میں کیا جاسکتا ہے جس میں تسد کے سبب کے متعلق قطعی تشخیص کرنے کے لئے کافی معطیات (data) حاصل نہ ہوں۔ جسم غریب (foreign body) کی صورت میں قصبہ شگافی (tracheotomy) کا عمل کرنا چاہئے اور پھر مریض کو اٹاکر یا ہلاکر یا ایک شعبہ بین (bronchoscope) میں سے خاص قسم کا کلاب استعمال کر کے جسم غریب کو نکالنے کی کوششیں کرنی چاہئیں۔

130

شعبی التهاب

(BRONCHITIS)

بحث اسباب - شعبی التهاب ایک اتولی مرض کے طور پر واقع ہو سکتا ہے، اور ایسی صورت میں وہ غالباً اس "معمولی زکام" (common cold) کی ایک قسم ہے جو صفحہ 195 پر بیان کیا گیا ہے، اور اس کی جراثیمیات اور طریقہ سرایت بھی اسی کے جراثیمیات اور طریقہ سرایت کے مماثل ہوتے ہیں۔ اس قسم کا شعبی التهاب اکثر حجزہ اور انفی غشائے مخاطی کے التهاب کے ساتھ یا اس کے پہلے ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ التهاب آخر الذکر مقامات کے اندر شروع ہو، اور پھر نیچے کو شعبات تک پھیل جائے۔ در حقیقت زکام کے باب (section) کا مطالعہ شعبی التهاب کے

خراش اور بخارات کے ساتھ، یا ٹھوس ذرات (جیسے کہ گرد و غبار، کہر) کی حامل ہوا کے ساتھ، یا سرد و مرطوب اور تغیر پذیر آب و ہواؤں کے ساتھ، یا کانوں کی یا بعض کارخانوں کی ہوا کے ساتھ ہو۔ شعبی التهاب، شعبی انبوبات کے اندر اجسام غریبہ کی حقیقی موجودگی سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسا ہونا مقابلۂ شاذ ہے، لیکن انبوبات کے اندر انصباب شدہ خون بھی اس طریقہ سے عمل کر سکتا ہے، اور شعبی التهاب جرم شش کے اندر دُرُ یا سرطان (carcinoma) کے جماؤ سے بھی ہمیشہ واقع ہو جاتا ہے۔ شعبی التهاب اُن نازلتی عضویات (catarrhal organisms) میں سے کسی ایک کے باعث ہو سکتا ہے جو بُساق (sputum) کے اندر موجود رہتے ہیں، جیسے کہ نبقہ رِیوی (pneumococcus)، فریڈ لینڈر کا عصیہ رِیوی (pneumobacillus)، نبقات سجمیہ (streptococci)، خورد نبقہ نازلتی (M. catarrhalis)، نبقات غنبیہ (staphylococci)، خورد ببقہ چھارنرا (M. tetragenus)، اور کبھی کبھی عمومی عصیہ قولونی (bacillus coli communis)۔ نیز یہ ہر قسم کی ماسکی سمرایت (focal infection) اور خاص کر جونی مرض (sinus disease) سے شاموئی طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض ساری امراض مثلاً تپ محرقہ (typhoid fever)، کھسراؤ و فتحیریا، انفلوئنزا، اور کالی کھانسی (whooping cough) کے ساتھ شعبی التهاب ہمیشہ پایا جاتا ہے، اور مرض برائٹ (Bright's disease) میں یہ اکثر موجود ہوتا ہے۔ شعبی التهاب اور دمہ (asthma) کا باہمی تعلق کیا ہے یہ بعد میں بیان کیا جائے گا۔

شعبی التهاب شیر خواروں، چھوٹے بچوں، اور ضعیف العمر اشخاص میں خاص طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے، اور جواں سال بالغ اور ادھیڑ عمر والے اس میں نسبتاً بہت کم مبتلا ہوتے ہیں۔ آرام طلب عادتوں سے، گرم کمروں میں بند رہنے سے، اور غیر ضروری طور پر اوڑھے لیٹے ہوئے رہنے سے اس کے موضوع میں یہ رجحان پیدا ہو جاتا ہے کہ وہ مقابلۂ تخفیف تکشف (exposure) ہی سے شعبی التهاب میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح وہ لوگ جو کمزور صحت رکھتے ہوں، یا ناکافی غذا، تکان پیدا کرنے والے بیٹھوں، یا خراب صحتی حالات کی وجہ سے پست ہو گئے ہوں، اس میں بہ آسانی مبتلا ہو جاتے ہیں۔ قلب کا مرض، جو بھی پھڑپھڑوں کے دوران خون میں مزاحم

ہوتا ہے، شعبی التهاب کا سبب مُعد (predisposing cause) ہے۔ موسم گرما کی نسبت سرما میں شعبی التهاب بہت زیادہ عام ہوتا ہے۔ مزمن شعبی التهاب یا حاد شعبی التهاب کے ایک ہی حملہ کے بعد یا مکرر حملوں کے بعد پیدا ہو سکتا ہے، اور یہ بھی ممکن ہے کہ مزمن شعبی التهاب کی موجودگی پر حاد شعبی التهاب کا اضافہ ہو جائے۔

امراضیات (pathology) - سب سے زیادہ ماؤف ہونے والا حصہ غشائے مخاطی ہے، لیکن مرض کی شدید یا طویل اصابتوں میں تحت المخاطی طبقة (submucosa) اور شاذ مثالوں میں شعبی انبوبات کی گریاں اور شش کے وہ حصے جو ہم پہلو ہیں، ماؤف ہو جاتے ہیں۔ پہلا اثر یہ ہوتا ہے کہ غشائے مخاطی کی عروقیّت (vascularity) اور ورم میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد اس کی سطح سے بہ کثرت افراز نکلتا ہے۔ یہ افراز ایک صاف ستیال ہوتا ہے جس میں مخاط (mucus) موجود ہوتی ہے لیکن اس میں خون کے سپید خلیے (leucocytes) اور تھوڑے ہوئے سرخ خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں یہ افراز سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی تعداد کی موجودگی کی وجہ سے نسبتاً زیادہ غیر شفاف اور زرد ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس افراز میں ایسے خلیات پائے جائیں جو کہ اخطاطی حالت میں ہوں، یا ایسے خلیات جن میں تہمتی ہوا سے اخذ کردہ کاحل یا میل موجود ہو۔

ہملک اصابتوں میں انبوبات اکثر سبزی مائل پیپ سے بھرے ہوئے کیچے جاتے ہیں (سہی شعبی التهاب: purulent bronchitis)۔ بعض اوقات سب سے چھوٹے انبوبات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اگر شش کے اوپری حصے کی ایک قاش کاٹ لی جائے اور متکشف تراش کو دبا کر پھوڑا جائے، تو کئی ہوائی سطح سے پیپ کے چھوٹے چھوٹے قطرے بکثرت باہر رستے ہوئے نظر آئیں گے۔ یہ حالت شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) یا التهاب شعبات (bronchiolitis) ہے۔ فرینکل (Fraenkel) ایک لیفی انطماسی شعبی التهاب (bronchiolitis fibrosa obliterans) بیان کرتا ہے جو خراش اور ہوا یا گرد غبار میں کام کرنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس میں شعبات (bronchioles) اتصالی بات کی حاد یا تحت الحاد (subacute) بالیدگی سے مدعو ہو جاتے ہیں۔

جب معمولی نازلی صابتوں میں التهابی عمل کافی طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے تو شعبتوں کے یعنی طبقات دبیز اور سپید غلیظوں سے درنچہ (infiltrated) ہو جاتے ہیں۔ عضلی ریشے دباؤ کی وجہ سے مذبول ہو جاتے ہیں۔ اور کڑیاں اور مخاطی غدہ بھی کسی سبب سے غائب ہو جاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی صابتوں میں شعبی انوبات قمع ہو کر چوڑے تکلی نمایا استوائی مجاری بن جاتے ہیں جو اکثر شش کی سطح تک پہنچے ہوئے ہوتے ہیں (مقلد الشعب: bronchiectasis)۔

شعبی التهاب کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خود شش کی ساخت میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ یعنی حادث شعری شعبی التهاب سے سختی ہبوط (lobular collapse) اور شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) پیدا ہو سکتا ہے۔ مزمن شعبی التهاب کے بعد حوصلی نفاخ (vesicular emphysema) اور بعض اوقات مزمن رخنکی ذات الریہ (chronic interstitial pneumonia) ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر تینوں کا تذکرہ جدا جدا کیا جائے گا۔

لختکی ہبوط (lobular collapse) انفرادی لختکوں میں اس وقت ہوتا ہے کہ جب ان تک پہنچانے والے شعبی انوبات مخاط سے مدود ہو جاتے ہیں تو اس کی وجہ یہ ہے کہ جب کوئی انبوبہ مدود ہو جاتا ہے تو اس کے اندر کی محبوس ہوائیک غیر متحرک حالت میں ریوی شعریات کے ساتھ تماس رہنے سے جذب ہو جاتی ہے اُسی طرح جس طرح کہ وہ ہوا جو کہ تحت الجلدی غلوی یافت کے اندر داخل ہو گئی ہو۔

شریانی خون کے استیمان سے حامل شدہ تجربی شہادت (۷) موجود ہے کہ شعبی التهاب کی شدید صابتوں میں جوہر (dyspnoea) پایا جاتا ہے اس کی وجہ CO_2 کا احتباس (retention) اور آکسیجن کی قلت ہیں اور یہ احتباس اور قلت غالباً شعبی شنج کے باعث رونما ہوتے ہیں۔

طبعی امارات - معائنہ کرنے پر تنفس تیز نظر آتا ہے۔ سینہ متشکل (symmetrical) اور عام طور پر متوسط درجہ کے بیش تمدد کی حالت میں ہوتا ہے۔ تنفس کے مبین عضلات (accessory muscles) قوی عمل کرتے ہوئے نظر آتے ہیں اور زفر (expiration) طویل ہوتا ہے۔ بعض اوقات دوران شہیق (inspiration)

میں بین الاضلاعی فضا میں اندر کو چوس لی جاتی ہیں۔ قَوَع (percussion) کرنے پر عموماً ایک طبعی گمک دار آواز نکلتی ہے، لیکن ہوائی حویصلوں کے عارضی بیش تمدد کے باعث کبھی کبھی خفیف سی بیش گمک (hyperresonance) پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ جمع شدہ افراز سے یا مہبوط (collapse) کے باعث گمک میں کمی ہو جائے۔ استنق (auscultation) ظاہر کرتا ہے کہ شہیق اور زفیر دونوں کے ساتھ صفیری خرخرات (sibilant rhonchi) یا سرتان خرخرات (sonorous rhonchi) موجود ہوتے ہیں (جس کا انحصار ماؤف انبوبات کی جسامت پر ہوتا ہے) یا مختلف اقسام کے لغطات (râles) موجود ہوتے ہیں، یا خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں۔ زیادہ موٹے خرخرات (coarser rhonchi) اکثر سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو جاتے ہیں، بلکہ مکس ہے کہ خود مریض کو یا اُس کے پاس کھڑے ہوئے اشخاص کو بھی سنائی دیں۔ زیادہ بڑے یعنی موٹے لغطات (coarser râles) زفیر اور شہیق دونوں کے ساتھ اور نہایت باریک لغطات (finest râles) صرف شہیق کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ یہ اصوات تمام اصابتوں میں یا مرض کے تمام درجوں میں یکساں طور پر نہیں موجود ہوتے۔ بہت سی اصابتوں میں تنہا خرخرات (rhonchi) موجود ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں یہ اصوات مختلف طور پر مخلوط ہو کر سائے سینہ پر سنائی دیتے ہیں، اور ممکن ہے کہ حویصلی خریر (vesicular murmur) کو بالکل دبا دیں۔ شعبی عضلہ کے شنج کی صورت میں زفیر (expiration) نمایاں طور پر طویل ہو جاتا ہے۔

حاد شعبی التهاب کے علامات۔ ابتداءً قدرے کلندہی (malaise) اور سینہ میں تنگی کا احساس ہوتا ہے، اور کھانسی واقع ہوتی ہے لیکن بُساق (sputum) بالکل نہیں ہوتا۔ خفیف اصابتوں میں عام اختلال محض خفیف سا ہوتا ہے، اور بیماری کھانسی تک محدود ہوتی ہے۔ شدید اصابتوں میں قدرے تپ ہو کر تپش ۱۰۰ یا ۱۰۱ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، زبان قرمز اور ہوجاتی ہے اور انتوں کا فعل مُکنت اور قارورہ قلیل المقدار ہو جاتا ہے۔ کھانسی ابتداءً کھری اور خشک ہوتی ہے، اُس کے ساتھ اکثر غلظت القص کے پیچھے درد ہوتا ہے اور

جبری زفر (forced expiration) کے عضلات میں بھی ورد ہوتا ہے جس کی وجہ با (strain) ہے جو اُن پر پڑتا ہے۔ اس وقت نفث محض قلیل المقدار ہی ہوتا ہے، اور پتلی، جھاگ و ارمخا پڑشکل ہوتا ہے جس کے ساتھ ممکن ہے کبھی کبھی خون کی دھاری موجود ہو۔ چند روز کے بعد کھانسی نسبت زیادہ آسان اور زیادہ ڈھیلی ہو جاتی ہے اور نفث (expectoration) مقدار میں زیادہ دافر، زیادہ غیر شفاف، اور زرد اور سبز ہو جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ اُس میں خون کے سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی مقدار کا اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ نسبت خفیف تر اصابتوں میں نفث، دوران خواب میں جمع ہو جانے کی وجہ سے، صبح کے وقت عموماً زیادہ نکلتا ہے، اور شہروں میں یہ بُساق (sputum) اکثر اوقات کرہ ہوائی سے اخذ کردہ رنگ کے باعث سیاہ ہوتا ہے۔ بہر (dyspnoea) اکثر زیادہ ہوتا ہے، اور مریض کو بستر میں سیدھا بیٹھنا پڑتا ہے (انتصابی تنفس: orthopnoea) اور تمام تنفسی عضلات کو حرکت میں لانا پڑتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد مخاط آمیز رم (muco-pus) کا افراز کم ہو جاتا ہے، کھانسی نسبت کم مرتبہ آنے لگتی ہے، اور بتدریج علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ جب اُس شکل میں کہ جسے اوپر شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) کے نام سے بیان کیا گیا ہے، صغیر ترین شعبی انبوبات، ریوی افراز سے پُر ہو جائیں، تو حالت نہایت خطرناک ہوتی ہے، بالخصوص بالکل چھوٹے بچوں میں۔ شدید بہر، چہرے اور اطراف کا سخت زراق (cyanosis) یا کبودی (lividity)، اور سریع خستگی (exhaustion) واقع ہوتی ہے۔ کھانسی ابتداً بار بار آتی ہے، اور اُس کے ساتھ لزج چمکدار مخاط یا مخاط آمیز پیپ، یا پیپ نفث میں باورٹ خارج ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں مریض کبود اور غنودہ (drowsy) ہو جاتا ہے۔ اُس کی نبض زیادہ کمزور اور زیادہ سریع ہو جاتی ہے۔ تھپی ماسعی نسبت کم کارگر ہوتی ہیں۔ اور بین الاصلاح فضا میں زیادہ اندر چوسنی ہوئی ہوتی ہیں۔ نفث بتدریج کم ہو جاتا ہے، اور موت سے پہلے دماغی دوران خون کا اختلال قوما (coma) سے ظاہر ہوتا ہے جس کے ساتھ اکثر خفیف ہذیان بھی ہوتا ہے۔

مزمن شعبی التهاب کے علامات۔ اس کے خاص صفات، دراصل حادثہ کم صفات سے مختلف نہیں۔ لیکن اس میں تب اور وہ مینی اختلال نہیں ہوتا جو حادثہ میں

واقع ہوتا ہے، اور طویل مدت تک جاری رہنے کے بعد مستقل قسم کے ناناوی نتائج پیدا ہو جاتے ہیں۔ خود شش میں نفاخ (emphysema) اور اتساع انبوبات (تمدّد الشعب bronchiectasis) واقع ہو جاتا ہے جن کا بیان بعد میں دیا جائے گا۔ لیکن مزمن شعبی الہتہاب کے اثرات شش سے بھی آگے تک محسوس ہوتے ہیں۔ چنانچہ نفاخ (جس کا بیان ملاحظہ ہو) ریوی دوران خون میں مزاحم ہوتا ہے اور دایاں قلب پیش پرودہ ہو جاتا ہے، ممکن ہے کہ دایاں قلب بالآخر تنصع ہو جائے، اور ایسا ہونے پر عام وریدی نظام متاثر ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اطراف زیرین کا تہیج، امتلائے جگر، استسقاء شکی (ascites) اور البیومن بولیت واقع ہو جاتے ہیں۔ ایسے حالات کے تحت اکثر سہ شرفی باز روی (tricuspid regurgitation) واقع ہو کر اس کا متمیز و مخصوص خیر (murmur) پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہوں امراض قلب)۔ طویل المدت اور شدید مزمن شعبی الہتہاب، مریض کی قوت پر ایک خطرناک اثر ڈالتا ہے۔ نیند میں خلل، نفث وافر، اور لضعہ خراب ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تغذیہ بگڑ جاتا ہے اور ممکن ہے کہ لاغری بہت ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ اس آخری درجہ میں ایک عادی قسم (hectic type) کا عمومی تعامل واقع ہونے لگے۔ مزمن شعبی الہتہاب کے اقسام عام طور پر جب ذیل بیان کئے جاتے ہیں :-

۱۔ اصابتوں کی نسبت بہت بڑی تعداد سعالِ شتائی (winter cough) کے عنوان کے تحت آتی ہے جو مذکورہ بالا طریقہ پر واقع ہوتی ہے۔ یہ کھانسی تغیر پذیر ہوتی ہے اور بعض اوقات یہ دوروں کی صورت میں آتی ہے اور رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہے۔ صبح کے وقت بھی اکثر شدید کھانسی ہوتی ہے جو بوقت استراحت جمع شدہ افرازات کو نکالنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ نفث، مرض کی شدت یا وسعت کے لحاظ سے یا تو مقدار میں کم پتلا، مخاطہ آمیز اور جھاگ دار ہوتا ہے اور صبح کے وقت اس میں سیاہ رنگ موجود ہوتا ہے۔ یا وہ زرد یا زردی مائل سبز اور مخاطی ریوی (muco-purulent) ہوتا ہے اور اس میں ہوا بہت کم ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالکل بے مواد، مائع، سبز پیپ ہو۔ اس صورت میں بساقات (sputa) عموماً ظرف کے اندر باہم مخلوط ہو جاتے ہیں اور وہ سکہ نما کیفیت (numinular character) جو سہل ریوی میں

عام ہوتی ہے نہیں ظاہر کرتے۔ خردین کے نیچے، کثیر التعداد ریخی خلیوں کے علاوہ، حسلی خلیے جن میں چربی ہوتی ہے، اور غیر مرض زاخرد عضویہ دکھائی دیتے ہیں۔ کبھی کبھی نفث کے اندر خون موجود ہوتا ہے جو عموماً دھاریوں کی صورت میں ہوتا ہے لیکن شاذ حالتوں میں تو دونوں کے طور پر یا کسی بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔

۲۔ خشک شعبی التهاب (dry bronchitis) یا خشک نازلت (dry catarrh) مزمن شعبی التهاب کی ایک قسم ہے جس میں افزائ نہایت کم ہوتا ہے۔ کھانسی متواتر، تند اور طویل ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چہرے کا شدید امتلا واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن بَاق یا تو بالکل نہیں ہوتا، یا صرف لوچدار (tough) مخاط کی قلیل مقدار پیدا ہوتی ہے۔ سینہ میں بہت خراشش (soreness) اور نسبت چھوٹے انوبات کے شنج کی وجہ سے بہت بُہر (dyspnoea) ہوتا ہے۔

۳۔ اس شاذ حالت میں جسے نزلہ شعبیہ (bronchorrhœa) یا خفاہ دار نازلت (pituitous catarrh) کہتے ہیں، سرایت کی خاص زد مخاطی غد پر پڑتی ہے۔ کھانسی تکلیف دہ ہوتی ہے، اور بَاق کو باہر نکالنے کی کوشش میں دورہ کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ بالآخر جو بَاق نکلتا ہے وہ یا تو پتلا ہوتا ہے یا گاڑھا اور چھچھیا (ropy) جو انڈے کی بغیر ابالی ہوئی سپیدی کی طرح نظر آتا ہے جس میں چھوٹے شعبات سے نکلے ہوئے زردی مائل سپید رنگ کے صمات (plugs) کی دھاریاں ہوتی ہیں، اور یہ سب جھاگ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ ایک ایسی اصابت میں جو کہ حال ہی میں بیان کی گئی ہے (8) چوبیس گھنٹے کے اندر ایک پائنت نفث نکلا، اور یہ کئی مرتبہ بخوڑی بخوڑی مقداروں میں وقت کے ساتھ خارج ہوا، اور کھانسی کا ہر دورہ ختم ہونے پر ایک یا زائد مخاطی صمات (mucoous plugs) کا اخراج ہوا۔ لیکن جہاں مجموعی حجم کی مقدار چار یا پانچ پائنت ہو ایک ہی وقت میں بڑی مقداریں مقابلہ خفیف سی کوشش سے ہی خارج کی جاسکتی ہیں۔ تہیج شش سے نزلہ شعبیہ کی شناخت اس طرح سے ہو سکتی ہے کہ تہیج کی حالت میں جھاگ کو اوپر سے علیحدہ کر دینے کے بعد اس سیال کا رنگ زرد یا مخمری ہوتا ہے اور اس کے البیومینی جزو کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔

۴۔ گندیدہ یا مڈن شعبی التهاب (putrid or foetid)

(bronchitis) - اس کی تمیز خصوصیت ہنا بیت بد بودار بُساق ہے جو بیشتر ان اصابوں میں ہوتا ہے جن میں انبوبات متع ہو جاتے ہیں۔ بُساق وافر مقدار میں اور کسی قدر پتلا ہوتا ہے، اور بُساق دان کے اندر اکثر تین تہوں میں جدا ہو جاتا ہے، جن میں سے سب سے اوپر والی تہ جھاگ دار اور مخاطی ہوتی ہے، درمیانی تہ ایک تلی مصلی مخاطی سیال ہوتی ہے، اور سب سے نیچے پیپ کی دبیرتہ ہوتی ہے جس میں وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو ڈیٹرٹس یا ٹراؤبے کے صدمات (Dittrich's or Traube's plugs) کے نام سے موسوم ہیں۔ ان کا رنگ پسیدی مائل رادی یا میلارادی مائل زرد ہوتا ہے اور جہامت میں یہ باجرے کے دانے سے لے کر سیم کے بیج کے برابر تک مختلف ہوتے ہیں۔ خردین کے نیچے ان کی ترکیب میں ربی جیمات پُچورا (detritus)، جسٹینم یا مینک (palmitic) اور اسٹیرک (stearic) تریوں کے باریک سوزن مابڈل اور خیف شعریہ (leptothrix) کے بلدار دھاگے شامل ہوتے ہیں۔ اس بُساق کے کمیائی مافیہ ایسٹک (acetic)، بیوٹائک (butyric)، اور ولیریانک (valerianic) ترشے، لیوسین (leucin)، ٹائروسین (tyrosin)، سلفیورینک (methylamine) اور میتھائل امائن (sulphuretted hydrogen) کے نام سے موسوم ہیں۔ گندیدہ شعبی التهاب میں اور شش کے گنگرین میں امتیاز کرنا چاہئے۔ بہت بد بودار بُساق اس دَبیلہ (empyema) سے بھی نکل سکتا ہے جو شش کے اندر پھوٹ جائے، اور کبھی کبھی یہ ایک پرانے تدرنی کہفہ (tuberculous cavity) سے بھی نکلتا ہے۔

۵۔ تلوینی (plastic) فائبرینی (fibrinous) یا کروی (croupous)

شعبی التهاب۔ اس شاذ عارضہ کی تمیز خصوصیت یہ ہے کہ اس میں نفث کے اندر شعبی انبوبات کے سائک (casts) خارج ہوتے ہیں۔ بُساق عموماً گول تودہ کی شکل میں، اور مخاط یا خون سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے، اور جب اسے پانی میں رگڑا جائے تو میں شعبی انبونی نظام کے ایک حصے کا کم و بیش مکمل شاخدار سبیکہ (cast) نظر آتا ہے۔ یہ سبیکہ عموماً ایک قاز کے پر (goose-quill) سے زیادہ دبیر نہیں ہوتا، اور طول میں ۱/۲ سے لیکر ۲/۲ انچ تک متغیر ہوتا ہے، اور صرف شاذ ہی ۴ یا ۵ یا ۶ انچ تک پہنچتا ہے۔

اس کا رنگ رامادی یا سپیدی مائل زرد ہوتا ہے، اور یہ ہم مرکز دُرَقوں (laminæ) پر مشتمل ہوتا ہے جو عموماً انبوبہ کے درونہ (lumen) کو پر نہیں کرتے، یہی وجہ ہے کہ یہ سبائک سوائے اُن کے جو صغیر ترین انبوبات سے نکلے ہوں، محسوس نہیں ہوتے۔ خردبین کے نیچے اس سبیکہ کی ساخت ریشک دار نظر آتی ہے جس میں کثیر التعداد سپید جسامت، نبتات سبجیہ (اسٹریٹوکاکائی)، نبتات عنیبیہ ہیماٹائڈین کی قلیں، کروشن کے مرغولے (Cruschmann's spirals) اور شارکولائیڈن کی قلیں (Charcot-Leyden crystals) مدفون ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 141)۔ مریض کو کھانسی کے سخت حملے ہوتے ہیں جن سے اُس کا دم گھٹنے لگتا ہے، ساتھ ہی سینہ میں کم و بیش درد اور دباؤ (oppression) محسوس ہوتا ہے اور ان حملوں کے ساتھ ابتداءً بَاق نہیں نکلتا، اور اگر کچھ نکلتا ہے تو وہ شاید قدرے غلط ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد (جو صرف چند ہی گھنٹے کا یا دو یا تین دن کا ہوتا ہے) ایک شعبی سبیکہ خارج ہوتا ہے۔ اس سے عموماً فی الفور آرام محسوس ہوتا ہے اور کھانسی کم یا غائب ہو جاتی ہے۔ لیکن وہ عموماً چند ہی گھنٹوں میں پھر عود کر آتی ہے، اور بعض اوقات ایک آدھ روز کے وقفوں سے سبائک (casts) کئی دن تک نفث سے خارج ہوتے رہتے ہیں، اور پھر مریض تدریجاً بالکل اچھا ہو جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہوتا ہے، اور یہ عموماً سبیکہ خارج ہونے کے بعد ہوتا ہے۔ طبعی امارات ایک شعبہ کے سد کے ہوتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی جیسے جیسے سبائک اکھڑتے جاتے ہیں لفظات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ نکوینی شعبی التهاب (plastic bronchitis) شاذ ہی ہلکا ہوتا ہے، اور جب ہوتا ہے تو پیچیدگیوں کے سبب سے۔ لیکن وہ غیر منتظم وقفوں کے ساتھ کئی سال کے عرصہ تک متواتر ہوتا رہتا ہے۔

۶۔ وہ مزمن شعبی التهاب جو مرض کثرت خلیات (polycy-
thæmia rubra) (مرض ایرزا: Ayerza's disease) کے ساتھ پایا جاتا ہے، آکسیجن کی طویل المدت قلت کا نتیجہ ہوتا ہے، لہذا خون کے ہیموگلوبین میں زیادتی ہو کر سرخ خلیوں کی تعداد تقریباً ۲۰۰۰۰۰ فی کعب ملی میٹر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ انگلیاں گرز شکل (clubbed finger) ہو جائیں۔ مریض نہایت اندق (cyanosed)

ہو جاتا ہے، اور ایک اصابت میں شریانی خون بجائے طبعی ۹۵ فیصدی آکسیجن کے صرف ۹۰ فیصدی آکسیجن پر مشتمل پائیا گیا۔ تاہم چونکہ ہیموگلوبین اور سرخ خلیوں میں بہت بڑا اضافہ ہو گیا تھا لہذا آکسیجن کی حقیقی مقدار جو خون کے ذریعہ سے منتقل ہوئی تقریباً طبعی درجہ کی تھی۔ شریانیوں میں CO_2 کا دباؤ بھی زیادہ تھا اور مرینس کی سانس نہایت پھولی ہوئی تھی (۷)۔ عروق کی نسبت مرو زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتے ہیں اور تعامل (Wassermann reaction) اکثر مثبت ہوتا ہے۔ دایاں نطین بہت بیش پروردہ اور متع ہوتا ہے جس کا مظاہرہ برقی قلبی توکم (electrocardiogram) سے ہوتا ہے۔ ریوی شریان کا اتساع اور آتھروما اور پھیپھڑوں میں احتقان (engorgement) پایا جاتا ہے جو ریوی دموی دباؤ کی زیادتی کی دلیل ہے۔

تشخیص - شعبی الہتاب کی تشخیص کا انحصار خرخرات (rhonchi) اور لفظات (râles) کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ دمہ میں بُہر (dyspnoea) اور طبعی امارات ایک نہایت حاد شعبی الہتاب کی طرح کے ہوتے ہیں، لیکن اسکے وقوع کی سرگزشت اور مابقی محلوں کی روئداد اس کی تشخیص میں مدد ہوگی۔ ستیری شعبی الہتاب (capillary bronchitis) میں خرخرات (rhonchi) عموماً غائب ہوتے ہیں اور ان امعاتوں کو کبودی، غنودگی اور لفظات (râles) کی موجودگی سے شناخت کیا جاتا ہے۔ شاذ اصابتوں میں ایک شعبہ کا تسد (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۴) صرصرہ (stridor) پیدا کر سکتا ہے جو غلطی سے شعبی الہتاب کا خرخرہ (bronchitic rhonchus) سمجھ لیا جاتا ہے۔ اکثر مزمن سل ریوی (chronic phthisis) سے تفریق کرنے میں دقت ہوتی ہے، کیونکہ سل ریوی کے ساتھ اکثر شعبی الہتاب موجود ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں حموی تعامل نفث الدم سرینع لاغری کا وقوع اور ایک جانب یا ایک راس پر طبعی امارات کی زیادہ شدت کا پایا جانا سل ریوی کی موافقت میں ہوگا، اور اس کی تصدیق عسیتوں کے لئے بئاق کے امتحان سے یا لاشاعوں (X-rays) یا ٹیوبرکولین (tuberculin) کے استعمال سے کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو سل ریوی)۔

اب اس کی تعین باقی رہ جاتی ہے کہ آیا حاد شعبی الہتاب ایک اولی اسیت ہے یا ایسے عوارض کا جیسے کہ کالی کھانسی (whooping cough) کھسرتپ محرقہ،

یاد دوسری کسی نوعی تب کا ثانوی نتیجہ ہے۔ بچوں میں حادثہ خونی ندن (acute miliary tuberculosis) کا خیال کیا جاتا بھی ضروری ہے۔

انذار۔ حاد شعبی التهاب (acute bronchitis)۔ اس کی مدت چند روز سے لے کر تین ہفتوں یا زائد تک ہوتی ہے۔ ریمی (purulent) یا شعری (capillary) شعبی التهاب کی ہلکے اماتوں میں یہ مدت ۹ تا ۱۲ روز ہوتی ہے۔ مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis)۔ اگرچہ یہ اکثر زندگی کو گھمٹا دیتا ہے تاہم بہت سے لوگ اس کی موجودگی میں بھی بڑی عمر تک زندہ رہتے ہیں۔ یہ موسم سے نمایاں طریقہ پر متاثر ہوتا ہے اور اس کے مریض دورانِ گرمی میں اکثر علماً اچھے رہتے ہیں اور سرمای میں پھر بیمار ہو جاتے ہیں۔ لیکن ان کی حالت بعد میں آنے والے ہر سرما کے ساتھ خراب تر ہوتی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ بالآخر وہ ایک غیر معمولی طور پر شدید سرمای یا شہروں کے سرد گھروں میں یاد دوسرے مقامات پر شرقی یا شمال مشرقی ہواؤں میں ہلاک ہو جائیں۔ لیکن اس کے برعکس اگر مریض گھر کی حدود کے اندر رہے یا اس سے بھی بہتر یہ کہ کسی نسبتاً گرم آب و ہوا میں رہے اس ناموافق موسم سے محفوظ رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنے شعبی التهاب کو محدود رکھ سکیں اور ایسے ہلکے انجام کو سالہا سال تک ملتوی کر سکیں۔ لیکن اس کے مضر اثرات افزائش کی مقدار اور ثانوی انتساج (یعنی نفاخ متبع انوبات اور وائرس قلب کے اتساع) کی سرعت نمو کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

تحریر۔ اس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ سرائت کے منبعوں سے اور انفرادی اماتوں میں سرائت کی استعداد پیدا کرنے والے اسباب سے بچاؤ کیا جائے۔ اثر پذیر اشخاص کو نازلت (catarrh) کے دوسرے مریضوں سے احتراز کرنا چاہئے۔ اگر تماس کے بغیر چارہ نہ ہو تو انفلونزا کے تحت میں بیان کئے ہوئے جالی کے چہرہ پوش (gauze masks) پہنے جاسکتے ہیں۔ زکام (coryza) کی روک تھام کے تحت میں بیان کی ہوئی مختلف تدبیریں ملاحظہ ہو صفحہ 196) مناسب اماتوں میں استعمال کی جاسکتی ہیں۔ مذکورہ جدرینات (stock vaccines) یا خود زاد جدرینات (autogenous-vaccines) اکثر مفید ہوتی ہیں۔ آخر الذکر بساق

(sputum) سے تیار کی جاسکتی ہیں، لیکن کاشتیں ناک سے بھی لی جاسکتی ہیں، جہاں وہ عضو یہ جو مرض کا خاص سبب ہے، اکثر خالص کاشت میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔ انگلستان کے موسم سرما کی آب و ہوا جس میں سردی اور رطوبت ہوتی ہے، شعبی التهاب کا نہایت عام سبب مُعَدّہ (predisposing cause) ہے، لیکن ممکن ہے کہ انگلستان کے جنوبی مقامات جیسے کہ بورن مٹھ (Bournemouth) وینٹنر (Ventnor) ٹارکوے (Torquay) یا پنزنس (Penzance) کی بود و باش سازگار نتائج پیدا کر دے۔ نیز سازگار آب و ہوا میں بیرون انگلستان میں بھی ہیں، اور میسنٹون (Mentone)، سان ریمو (San Remo)، کینیس (Cannes)، آر کے شان (Arcachon)، جزائر کیانری (Canary Islands)، ڈیرا (Madeira) اور نائل (Nile) (اسوان . Assouan) ایسے مقامات ہیں جہاں مریض سب سے زیادہ جاتے ہیں۔

علاج - متوسط شدت کی اصابتوں میں مریض کو ایک گرم کمرے میں بستر پر لٹا دینا چاہئے۔ نسبتاً کم شدید اصابتوں میں اگرچہ مریض کو اٹھنے کی اجازت دی جاتی ہے، تاہم اسے تکشف (exposure) سے محفوظ اور حتی الامکان ۶۰ درجہ یا ۶۵ درجہ فارن ہائٹ کی ہموار تیش میں رکھنا چاہئے۔ مریض شعبی التهاب میں ممکن ہے کہ ایک سازگار آب و ہوا میں منتقل کرنے کے سوال پر غور کرنا پڑے (ملاحظہ ہو تحریر)۔ اگر سینہ میں زیادہ تنگی ہو تو اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine)، رائی کی پٹی (mustard leaf)، یا السی کی پولٹس (linseed meal poultice) سے جس پر رائی چھڑکی ہوئی ہو، جو ابی خراش (counter-irritation) پیدا کرنی چاہئے۔ بچوں میں جو ابی خراش اور اوویہ (counter-irritants) کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہئے، مگر ایک پتلی پولٹس جو سارے سینہ کو گھیر لے (جاکٹ پولٹس jacket poultice) نہایت کارگر ہوتی ہے۔ غذا ہلکی اور مغذی ہونی چاہئے۔

ہوائی راستوں کا تدد روکنے کے لئے تین قسم کی میکانیتیں (motor mechanisms) ہیں، یعنی نسبتاً بڑے شعبات کے لئے اہداب (cilia) کی حرکت دُسر (expulsive movement) اور کھانسی کی اخراجی میکانیت (expulsive mechanism) اور نسبتاً چھوٹے شعبات کے لئے عضلی حرکت دوویہ

(muscular peristalsis) - لیکن شعبتوں میں افراز کا عمدہ بہاؤ بھی مساوی اہمیت رکھتا ہے، اور وہ ایک مذہبن (lubricant) اور خراشیں اور اشیاء کے مُرتق کے طور پر ہر دو حیثیت سے عمل کرتا ہے۔ شروع میں جب کہ کھانسی خشک ہو، ممکنات (sedatives)، مثلاً مرکب صبیغہ کافور (tinct. camph. co.) کی ضرورت ہے، اور اس کے بعد منقثات (expectorants) کی۔ امونیئم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ گرین ہر چوتھے گھنٹے) نبیذ عرق الذہب (vinum ipecacuanhæ) (۵ تا ۱۰ قطرے) اور صبیغہ اسقیل (tinct. scillæ) (۵ قطرے) معدی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرتے، اور عصب تانیہ (vagus) کے معکوس عمل کے ذریعہ شعبی افراز کو بڑھادیتے ہیں۔ اگر ان ادویہ کو قے (emesis) لانے کی حد تک دیا جائے تو شعبی افراز اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بچوں کے علاج میں اسی اسلوب عمل سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے، یعنی جمع شدہ شعبی افراز کو خارج کرنے کے لئے ایک ڈرام نبیذ عرق الذہب (vinum ipecac.) دیا جاتا ہے اور ضرورت ہو تو پندرہ منٹ کے بعد اسے مکرر دیا جاتا ہے۔ مزمن شعبی الہتاب میں اسقیل (squill) خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ قلب پر اس کا اثر ڈیجیٹالس (digitalis) کے مثل ہوتا ہے۔ منقثات (expectorants) کی ایک دوسری جماعت شعبی غد کی راہ سے خارج ہو کر ان کے افراز کو تحریک پہنچاتی ہے۔ اس جماعت کا اہم ترین رکن ۵ گرین کی خوراکوں میں پوٹاشیم آیوڈائیڈ (potassium iodide) ہے۔ یہ مزمن شعبی الہتاب میں خاص طور پر نفع بخش ہے۔ جہاں نفث بکثرت ہو، بلسان پیرو (balsam of Peru) (اس کے ۲۰ قطرے) اور ام شہد میں مطلق کر کے) اور بلسان طولو (balsam of Tolu) دینا چاہئے، یا امونیئم کلورائیڈ (ammonium chloride) (۵ تا ۲۰ گرین)۔ جہاں بساق بدبودار (foetid) ہو، ٹیری بین (terebene) (۵ تا ۱۰ قطرے) دینا چاہئے۔ سعال شتائی (winter cough) کے لئے اس کے ۵ قطرے ٹکر بڑا کردن میں لٹی بار لینا مفید ہے۔ نو عمر بچوں میں جو طاقت نفث محض برائے نام ہی رکھتے ہیں، شعری شعبی الہتاب (capillary bronchitis) میں بعض اوقات افراز اس قدر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے کہ اس سے

انہوبات پر ہو کر دم گھٹنے کا خطرہ ہو جاتا ہے۔ افزائی غدد کو مشلول کرنے اور انہوبات کو خشک کر دینے کے لئے صبغیہ لفاع (tinc belladonnae) ستاھ قطروں کی خوراکوں میں، یا ایٹروپین (atropine)، بمقدار ۱/۱۰ گریں، کے اثرات دئے جاتے ہیں۔ یہی علاج بالغوں میں بھی مفید ہو سکتا ہے۔ جب کھانسی زیادہ خراش آور ہو تو ممکنات (sedatives) استعمال کئے جاسکتے ہیں، مثلاً مارفیا (morphia) قلیل مقداروں میں (۱/۱۰ گریں یا ۱/۲۰ گریں)، مرکب صبغیہ کافور (۱/۲ ڈرام) ہیروئن (۱/۲ تا ۱/۱۰ گریں) کوڈین فاسفیٹ (codeine phosphate) (۱/۲ گریں) یا پوٹاشیم یا امونیم برومائیڈ (۵ گریں)۔ لیکن اگر کوئی (lividity) زیادہ موجود ہو تو ان چیزوں کو بہت احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیے، کیونکہ ان حالات میں ممکن ہے یہ تنفسی اور قلبی مرکزوں کو خطرناک طور پر منخض کر دیں۔ ہائیڈرو سائنک ترشہ (hydrocyanic acid) بھی ممکن ہے۔ یہ ترشہ شربت کرزبری (syrup of Virginian prune) کے اندر موجود ہوتا ہے جو عام طور پر تجویز کیا جاتا ہے۔ یہ غالباً معدے میں عصب تانیہ کے اختتامات کو مشلول کر کے عمل کرتا ہے (جو عرق الذہب کے برعکس ہے)، اور ”معدی کھانسی“ (stomach cough) میں مفید ہے۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں شعبی انہوبات کا زیادہ شنج ہوتا ہو صبغیہ جوزاٹل (tinct. stramonii) یا صبغیہ تیغ صحرائی ایتھری (tinct. lobeliae aeth.) (۵ ابوند) ایتھر (۵ ابوند) یا صبغیہ قنب ہندی (tinct. cannabis ind.) (۱۰ ابوند) سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ نیز قلیل مقداروں میں کلورل (chloral) (۵ تا ۱۰ گریں) کی سفارش بھی کی گئی ہے۔ ممکن ہے ان میں سے بعض طریقہائے علاج ایک دوسرے سے متخالف معلوم ہوں۔ فی الحقیقت ان کو مجموعی طور پر دینے سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، مثلاً مرکب لعوق قلیل (B. P. C.) (linctus scillae co.) (ادرام خوراک) کی صورت میں، جس میں ممکن مرکب صبغیہ کافور اور منقعات سکجنین اسقل (oxymel scillae) اور شربت طولو (syrup. tolutanus) کی مساوی مقداریں موجود ہوتی ہیں۔ اسی طرح جوزاٹل (stramonium) یا تیغ صحرائی (lobelia) عام طور پر پوٹاشیم آیوڈائیڈ کے ساتھ تجویز کئے جاتے ہیں، اور ایلکسیر ڈیٹامرفینی ایٹ ٹرپینی (B. P. C.) (elixir diamorphini et terpini) (ادرام) میں ٹرپین ہائیڈریٹ

(terpin hydrate) ہیرون (heroin) اور شربت کرزبری (syrup of Virginian prune) موجود ہوتے ہیں، یعنی ایک منفیت اور دو مسکن۔

تمام شدید امصابتوں میں جن میں زراق (cyanosis) [یا بھر (dyspnoea)] موجود ہو، کسیجن کے استنشاقات (oxygen inhalations) سے قیمتی مدد پہنچ سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 156)۔ کمرے کی ہوا کو بھاپ سے (جو ایک بجز صحت : bronchitis "kettle" سے نکلتی ہو) مطلوب رکھنے سے، یا دوا آلود (medicated) استنشاقات مثلاً لوبان کے بخارات (vapour benzoin) سے [مرکب صبیغہ عود ایک ڈرام، گرم پانی ایک پائنٹ، جو ایک خاص شامہ (inhaler) سے یا ایک مہولی ابرقی (jug) سے استنشاق کیا جائے] فائدہ پہنچ سکتا ہے۔ جب بساق بکثرت ہو یا بدبودار ہو تو ذیل کے ادویہ مفید ہیں : - ویپر اولیائی ابامس (vapour olei abietis) (B. P. C.) (ایک ڈرام نصف پائنٹ میں)۔ خشک استنشاقات مثلاً ویر کرپال (vapour cresol. co.) (B. P. C.) جبکہ اس سیال کی ایک تھوڑی مقدار کو ایک دھات کے برتن میں ڈال کر حرارت سے اس کی بخیر کر دی جاتی ہے۔ ویپر آیوڈی ایٹھرس (vapour iodine) ایک فنی انفی آلہ تنفس (oro-nasal respirator) کے ذریعہ سے۔ ویپر امونیائی کلورائیڈ (vapour ammonii chloridi) (B. P. C.) اگر شعبی الہباب کسی دینی مرض سے منسوب کیا جاسکے تو بلاشبہ ساتھ ہی اس کا بھی علاج کرنا چاہئے، مثلاً نقرس (gout) کا علاج قلوئیات (alkalies) اور سورنجان (colchicum) دیکر بہت امصابتوں کے لئے مقویات (tonics) جیسے کہ کونین اور کاڈچھلی کے تیل کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دیکھنا بھی مناسب ہے کہ امعا کا فعل آزاد نہ ہو رہا ہے۔ اور زیادہ عرصہ کی امصابتوں میں، جہاں قلب کی دائیں جانب مس (dilated) ہو گئی ہو، مختلف افرازات کا آزادانہ بہاؤ جاری رکھنا چاہئے، اور قلب کے فعل کو ڈیجیٹالس (digitalis) سے اسی طرح مدد پہنچانی چاہئے جس طرح کہ مصراعی مرض (valvular disease) کی متاخر امصابتوں میں پہنچانی جاتی ہے۔ جب غالب عضویہ خرد عضویہ نازلت (M. Catarrhalis) یا فریڈلینڈر کا عصیہ (Friedlander's bacillus) ہو، یا جب ماکسی سرایت (focal infection) اولی سبب ہو، تو جدرینات (vaccines)

منفید ہوتے ہیں۔

تمد الشعب

(BRONCHIECTASIS)

بحث اسباب - تمد الشعب یا شعبات کا اتساع پھیپھڑوں کے متعدد امراض کے تعلق میں واقع ہو سکتا ہے۔ اکثر اس کے ہمراہ گرد و پیش کی ششی بافت کی کسی قدر لیفیت (لیفی شش fibroid lung) یا نقاح (emphysema) بھی پایا جاتا ہے۔

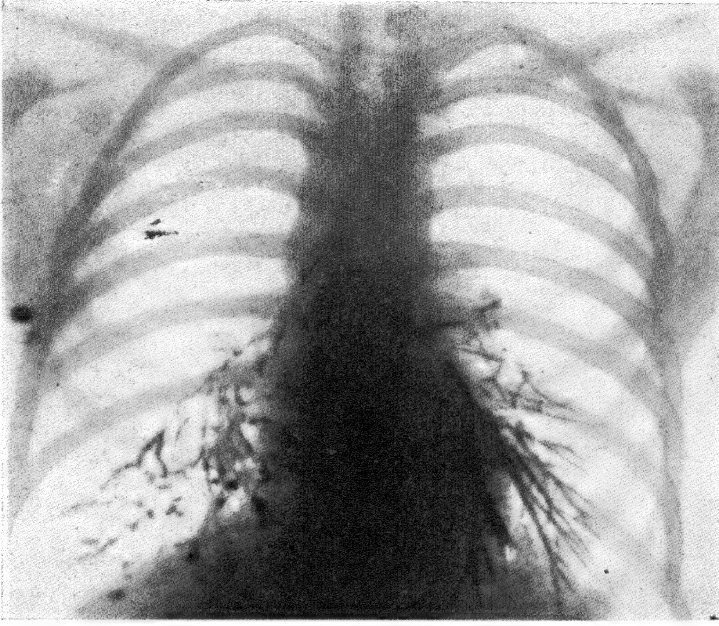
مکن ہے کہ کسی بڑے شعبی اُنوبہ کا بتدریج ترقی کردہ اور ملل تمد اس سے نکلنے والے نسبتہ چھوٹے شعبات کا اتساع واقع کر دے۔ اس طرح سے مکن ہے کہ انورسے جو کسی شعبہ کو دباتے ہوں، سرطان جو اسے دبا لے یا اس کے اندر بڑھ جائے، تشکی ضیق (syphilitic stenosis) یا ایک مغرور جسم غریب، تمد الشعب کے اسباب ہو جائیں۔ لیکن تمد الشعب کا عام ترین سبب ایک ادلی الہبانی حالت ہے جیسے کہ شعبی الہتاب، عرصہ دراز تک جاری رہا ہوا شعبی ذات الریہ بالخصوص بچوں میں اور کبھی کبھی لختی ذات الریہ۔ نیز مکن ہے کہ پلیورائی انصبابات کا یا نظر انداز شدہ دُبلات (empyemas) کا شش پر بیرونی دباؤ تمد الشعب پیدا کر دے کہ جس کے ساتھ شش کی لیفیت (fibrosis) بھی پائی جاتی ہے۔ شاید حالتوں میں تمد الشعب کی حالت پیدا نشی ہوتی ہے۔ یہاں شش کے دیرری انخطاط کا ذکر کرنا بھی ضروری ہے جو کہ شاذ ہے۔

امراضیات - جزئی تمد کی صورت میں جب اس کے آگے کے اُنوبات منتمد ہو جاتے ہیں تو اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ تہمتی حرکات زفری حرکات کی نسبت زیادہ موثر ہوتے ہیں جس سے ہوا اندر چوس لی جاتی ہے اور پھر کامل طور پر باہر نہیں نکلتی۔ مزمن شعبی الہتاب میں اُنوبات کے اندر کا افراز تمد پیدا کرتا ہے اور

ساتھ ہی انبوبات کی دیواریں التهاب کی وجہ سے نرم ہو جاتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ آسانی سے مسع ہو جاتی ہیں۔ شدید شعبی ذات الریہ میں تمد الشعب کی پیدائش کا ایک دوسرا طریقہ دریافت ہوا ہے۔ حاد شعبی التهاب اور گرد شعبی عروق لمفائیہ کا التهاب (peribronchial lymphangitis) شعبی دیوار کا کامل اتلاف واقع کر دیتا ہے، جو ممکن ہے کہ متصلہ حویزوں کو بھی متاثر کر کے ایک صاف کٹا ہوا (clear-cut) کہف بنادے، جو کہ انبوبہ کا طول تلف ہو جانے کی صورت میں اُسستوانی اور انبوبہ کی صرف ایک جانب تلف ہونے کی صورت میں تاج چکی (saccular) ہوتا ہے۔ دوران اندام میں کہف میں نوعمر یعنی بافت کی استرکاری ہو جاتی ہے، اور پست مکتب خلیوں کا ایک نیا مرحلہ بن جاتا ہے۔ یہ تغیر معمولی اصابتوں میں متوسط اور چھوٹے انبوبات میں واقع ہوتا ہے، اور جتنا بالائی نختوں میں ہوتا ہے اس سے زیریں نختوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ کہفوں کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور ان میں عموماً تندرست شعبہ کی عضلی بافت یا کڑی کے کوئی آثار نہیں پائے جاتے (”شان نمائش“: ”honey comb“ lung)۔ اکثر ایک چھوٹا شعبہ کہف کے اندر کھلتا ہوا پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات دیواروں کے ساتھ ساتھ بند پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات سطح متفرج ہوتی ہے اگرچہ وہ عموماً چکنی ہوتی ہے۔ بیشتر اوقات ان کہفوں کے ساتھ پھیپھڑوں میں وسیع یعنی تغیرات موجود ہوتے ہیں (10) (ملاحظہ ہو صفحہ ۱)۔

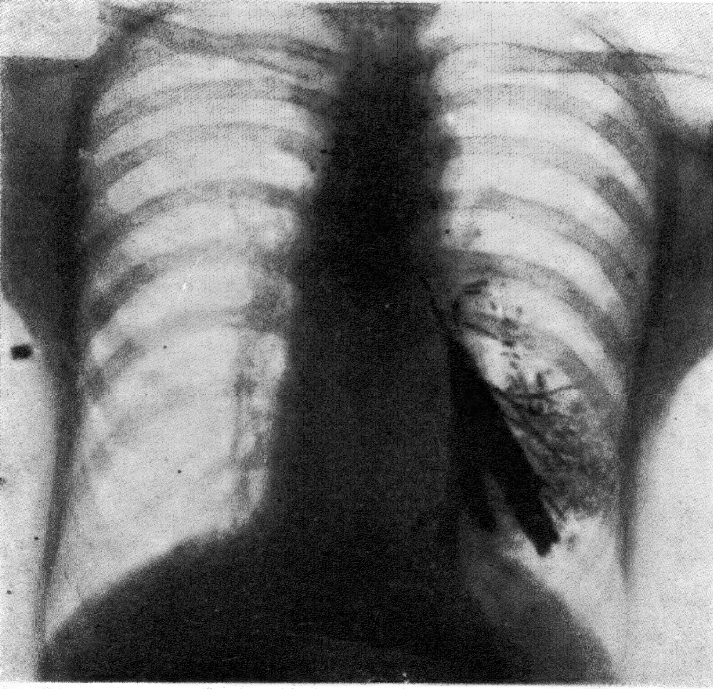
تمد الشعب اکثر ایک شش تک محدود ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ وہ شعبی تسد جسم غریب، یا حادثات الریہ یا ذات الجنب کی وجہ سے ہو۔ اگر دونوں پھیپھڑے ماؤف ہوں تو ضررات (lesions) وسیع نہیں ہوتے، یا ایک پھیپھڑہ دوسرے کی نسبت بہت زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔

علامات۔ متوسط استوائی اتساع کی اصابتوں میں جو شعبی التهاب یا نفاخ کے ہمراہ پایا جاتا ہے، علامات اولی مرض کے علامات میں گم ہو جاتے ہیں۔ لیکن نسبت بڑے اتساعات میں اور تاج چکی قسم (saccular variety) میں، تمد الشعب اصابت کی ایک نمایاں خصوصیت ہوتا ہے، اور کہفوں سے نکلنے والا افراز اور شش کے بڑے حصوں کی لینیت (fibrosis) اور کھجف (cavitation) متعین علامات اور طبیعی



صفحہ 1

الف۔ تھمد الشعب۔ تپاچکی قسم، پیاڈال بھرنے کے بعد۔



ب۔ تھمد الشعب تھمدنا (انجھشت و ستانہ کی) قسم کا۔ (شعاع نچا شتیں سڑ لند سے لاک فے لی ہیں)

امارات پیدا کر دیتے ہیں۔

مریض کا لاغر ہونا ضروری نہیں، وہ عموماً بخار سے معرا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُسے بہر کھانسی اور نفث کے علاوہ اور کوئی چیز تکلیف دہ نہ ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ زراق (cyanosis) اور انگلیوں کی گرز شکلی (clubbing of the fingers) موجو ہو۔ جب ریوی دوران خون میں زیادہ مزاحمت ہوتی ہے، تو دائیں قلب کا فشل (failure) پاؤں کا اڈیما، کلائی جگر، اور الیٹومن بولیت پیدا کر دے گا۔

بُقاق (sputum) یا تو (۱) ریوی اور بے ہوا یا (۲) مخاطی ریوی یا (۳) منین شعبی التهاب (fœtid bronchitis) کے باق کی طرح بدبودار مخاطی ریوی اور جھلکار ہوتا ہے۔ جب ایک یا دو بڑے تاجکی کھنٹے ہوں تو بُقاق ایک مخصوص و متمیز طریقہ سے نفث سے خارج ہوتا ہے۔ یہ افراز کچھ عرصہ (مکن ہے کہ دو یا تین گھنٹوں تک) کھانسی کی تحریک پیدا کئے بغیر تنوع انبوبات میں جمع ہوتا رہتا ہے۔ پھر یا تو اُس کی مقدار کی وجہ سے یا مریض کے نقل و حرکت کرنے یا بہتر میں کروٹ لینے یا بیٹھنے کے سبب سے افراز ایک ہم ہلو نسبتہ تندرست تر انبوبہ کے اندر بھکر چلا جاتا ہے جس سے کھانسی کی تحریک ہوتی ہے، اور مخاطی ریوی افراز کے چند اونس سب ایک دم نفث سے خارج ہو جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں نفث الدم (hæmoptysis) بار بار اور متوسط طور پر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔

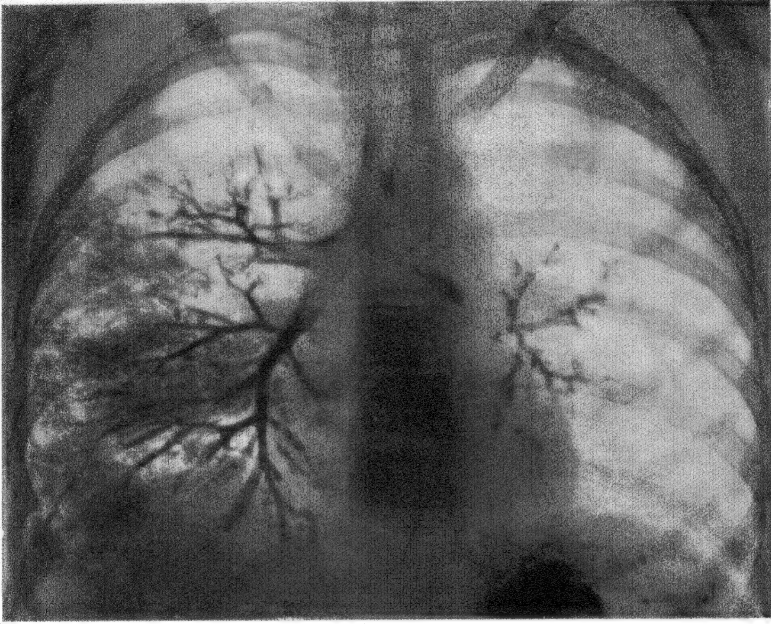
خشک تمدد الشعب - یہ ایک عام قسم ہے جو کہ لپ آیو ڈال (lipiodol) کے اشراب کے بعد لاشعاعی امتحان کرنے سے دریافت ہوتی ہے۔ شعبی ذات الریہ جو خصوصاً کھیر اور کالی کھانسی کے بعد ہوا تھا، سابقہ سرگزشت میں پایا جاتا ہے۔ علامات کھانسی اور اس کے ساتھ ذرا سبے بو بُقاق اور نفث الدم ہوتے ہیں۔ قاعدی گمک کی کمی، کمزور نفسی آوازیں اور لغطات موجود ہوتے ہیں۔ بالعموم گرز شکلی بالکل نہیں پائی جاتی۔ خطرات وافر نفث الدم یا تمدد الشعب کی نمویابی ہیں (۱۱)۔

طبعی امارات - یہ اتاعات کی نوعیت و جاست، شش کے اندر کی

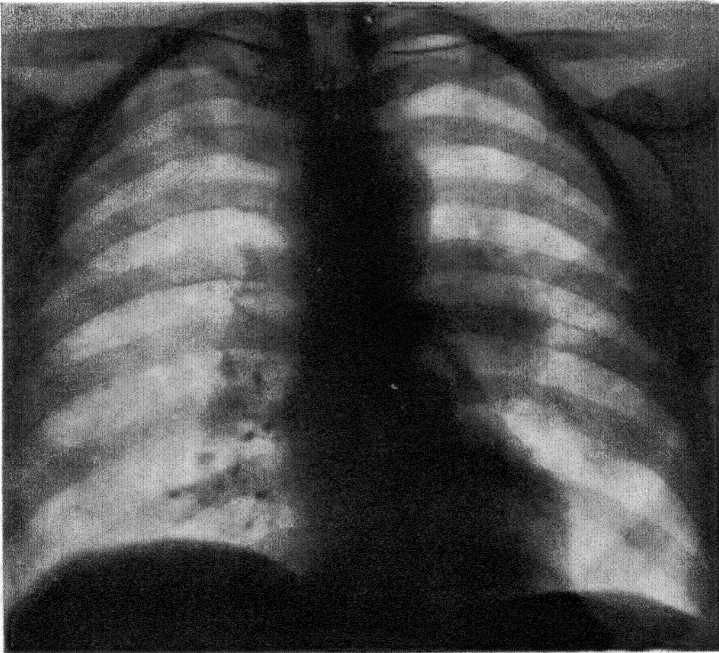
توزیع اور بیچ میں داخل ہونا شش کے تجمد (consolidation) یا لینیٹ (fibrosis) کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک قاعدہ کے بڑے

حصہ میں بلکہ سینہ کی ایک پوری جانب میں موٹے (coarse)، چرچرانے والے (creaking) اور چٹختنے والے (crackling) لغطات (râles) پائے جاتے ہیں جو تنفسی خرابی کو پوشیدہ کر دیتے ہیں، لیکن کوئی اہمیت (dulness) یا کوئی نمایاں تحدید حرکت نہیں ہوتی۔ دوسری اصابتوں میں اس کے علاوہ گمگم کی کمی (impairment) کا ایک ایسا رقبہ ہوتا ہے جہاں شعبی تنفس یا قدرتی تنفس (amphoric breathing) اور اس کے ساتھ شعبی صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) سناؤ دیتے ہیں اور ایک ایسے کہنے کے جو کیفیت شدہ بافت سے ٹھنڈے ہو دوسرے شاذ تر علامات موجود ہوتے ہیں (صفحہ 127)۔ جب کہنفہ افزا سے لبریز ہوتا ہے، تو گمگم کی کمی (impairment) اور گھٹے ہوئے اصوات تنفس موجود ہوتے ہیں، لیکن لغطات (râles) اور شعبی تنفس صرف کھانسنے کے بعد ظاہر ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں یہ حالت مزمن ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ سینہ کی باز کشیدگی (retraction) واقع ہو جاتی ہے، قلب افتقاری رخ میں مرضی شش کی طرف کھینچ آتا ہے، اور مقابل کا تنفس تنویضی طور پر نفاخی (compensatorily emphysematous) ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ تکہف (cavitation) کی تشخیص اور وسعت، لپا ہڈاں (lipiodol) کے اشرب کے بعد لاشعاع سے متعین کی جاسکتی ہے۔ براخندہ جلد وغیرہ کو ایک فی صدی نووکین (novocaine) حلقی درقی جھلی (cricothyroid membrane) تک مشرب کر کے، عدیم الحس کر لیا جاتا ہے۔ مریض کو سیدھا بیٹھا ہوا رکھ کر، فی صدی کوکین (cocaine) (ابوند) اس جھلی کے پار رقبہ الریہ کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ تین منٹ کے بعد ایک خاص خمیدہ منبرل اور تنو لچہ (trocar and cannula) اس جھلی میں سے ہو کر رقبہ الریہ کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اس امر کا یقین کرنے کے لئے کہ یہ مقام صحیح ہے، قنولچہ کی راہ سے ہوا کھینچی جاسکتی ہے۔ لپا ہڈاں کو جسے ۱-۶ درجہ فارن ہائٹ تک گرم کر لیا گیا ہو (۳۰ تا ۴۰) مگنٹ سنٹی میٹر ایک بالغ کے لئے اور ۳ مگنٹ سنٹی میٹر بچہ کے لئے، گرم کی ہوئی عقیقہ پیکاری کے اندر کھینچ کر قنولچہ کی راہ سے مشرب کر دیا جاتا ہے، اور پھر مریض مشتبہ پیلو پر لیٹ جاتا ہے۔ شعاع نگاشت (radiogram) انتصابی وضع میں لی جاتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحہ ۱ اور ۲ الف



الف۔ طبی سینہ پیمائش کے بعد۔ (شعاع نچاشت ڈاکٹر ایف۔ جی۔ چانڈلر اور مسٹر جے۔ وی سپارکس، کوکٹوریہ پارک
چسٹ ہسپتال نے لی ہے)



ب۔ شعبہ کار سرطان۔ اس کا مقابلہ صفحہ ۵ صفحہ 159 سے کرو۔ (شعاع نچاشت مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہے)

جو طبیعی حالت ظاہر کرتی ہیں)۔ اگر لپاٹ ڈال کھانسی کے ذریعہ نکل کر اوپر آجائے تو اسے نکلنا نہیں چاہئے۔ بالغ میں لپاٹ ڈال کو ایک بچپکاری اور قنطاریہ کے ذریعہ زبان کے اوپر سے ڈالا جاسکتا ہے (12) یا کوکین لگا کر ایک انفی قنطاریہ کے ذریعہ براہ راست جخموں میں ڈالا جاسکتا ہے۔ شعبہ بینی جیسی کہ کشش کے خراج کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے تشخیص میں نہایت مفید ثابت ہوتی ہے۔

مزمن سل ریوی (chronic phthisis) سے تفریقی تشخیص کا انحصار باقی کے اندر درنی عصیہ کی عدم موجودگی پر کسی پیش رو سرایت مثلاً ذات الریہ کی سرگزشت پر اور کھف (cavitation) کی جانے وقوع پر ہوتا ہے جو نہایت مشاذ طور پر راسی ہوتی ہے۔ ایک قاعدی تمد الشعب کو ایسے ڈبیلہ (empyema) سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے کہ جس کا مواد شعبات کے اندر خارج ہو رہا ہو۔ ممکن ہے کہ سرگزشت مرض سے مدد ملے، اور نفث الدم سے تمد الشعب کی تائید ہوتی ہے۔ استقصاء (exploration) سے دونوں صورتوں میں پیچ مل سکتی ہے۔

انذار۔ بمقابلہ سل ریوی یہ بہتر ہے۔ مریض اکثر برسوں زندہ رہتے ہیں اور مقامی حالت میں محض آہستہ آہستہ ترقی ہوتی ہے۔ لیکن وہ ایسی خطرناک پیچیدگیوں میں مبتلا ہونے کا امکان رکھتے ہیں جیسی کہ ذات الریہ، خراج، گنگرین، عفونت الدم (septicaemia)، دماغی خراج (cerebral abscess) اور دوسرے مقامات پر سرودی پھوڑوں (metastatic abscesses) کا وقوع۔

علاج۔ مقامی طور پر مقصود یہ ہونا چاہئے کہ افراغ (evacuation) میں مدد دی جائے۔ اس غرض سے مریض بستر پر تندرست پہلو پر لیٹتا ہے اور لکڑی کے ٹکڑوں (block) کی وساطت سے اس کے پلنگ کی پائنتی کو ایک فٹ اونچا اٹھا دیا جاتا ہے۔ ابتدائی میلیت (drainage) روزانہ نصف گھنٹہ کے لئے عمل میں لائی جاتی ہے، اور پھر اس مدت کو تدریج بڑھا کر روزانہ دو گھنٹے تک کر دیا جاتا ہے۔ مریض کے سرینوں کو ٹھیک جگہ پر رکھنے کے لئے ایک فائدہ شکل (wedge-shaped) تکلیف استعمال کر سکتے ہیں۔ میلیت کرنے کا جدید العصر طریقہ وہ ہے جو کہ شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ عمل میں لایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو خراج)۔ اس سے

بہت بڑا افتادہ واقعہ ہوتا ہے، تاہم چونکہ انہوبات میں ساختی تغیر واقع ہو چکا ہوتا ہے، لہذا مریض کو بعد میں اشتدادات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ شعبات کے دفع عفونت (antiseptics) کے لئے روغن نارین کے ہ قطرے تک دن میں تین بار برابرو دہن دے سکتے ہیں۔ وافحات عفونت (antiseptics) (ملاحظہ ہو الہتہاب شعبات : bronchitis) کے استنساقات مفید ہیں، جن میں کریا سوٹ (crenate) کے بخار کا استنساق بھی شامل ہے، جو ایک بند کوشک (closed chamber) کے اندر روزانہ پندرہ سے ساٹھ منٹ تک عمل میں لانا چاہئے (Chaplin)۔

کئی جراحی طریقہائے علاج آزمائے گئے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں۔ ایک انفرادی بڑے کہنے کی جراحی سیلیت (surgical drainage) کہ جو برافستادہ پیلیوں کے استیصال جزئی (resection) کے ساتھ یا بدون استیصال جزئی کے کیجاتی ہے۔ عصب قلبی کا قلع (phrenic avulsion) اور مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) جس کے بعد ایک قنولچہ کے ذریعہ سینہ میں روغن زیتون (olive oil) بھردیا جاسکتا ہے جس میں ۵ فی صدی گامینال (gomenol) شامل ہو۔ یہ چھ مہینے تک بلا جذب ہوئے رہیگا، چنانچہ بڑی مدتوں کے بعد مکرر بھرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مرضی لختہ کا استیصال (excision) (لختہ برآری: lobectomy) اور شعبہ کا انسداد (occlusion) اس طرف جو کہ کاٹ سے قریب طور پر واقع ہے۔ اُن پیلیوں کا استیصال جزئی جوشش کے شعبی تمدد کے حصے کے اوپر واقع ہوں، تاکہ بہوط (collapse) واقع ہو سکے۔

حمۃ القش (HAY FEVER) - دمہ (ASTHMA)

138

حمۃ القش ایک نہایت شدید نازلت ہے، جو بالخصوص انفی غشائے مخاطی کو لگن اکثر شعبی غشائے مخاطی کو بھی متاثر کرتی ہے، اور شعبی نطام عضلی (bronchial musculature) کے انقباضات پیدا کر دیتی ہے۔ دمہ (asthma) اپنے وسیع ترین

مفہوم کے لئے استعمال کیا جائے تو اس اصطلاح کا اطلاق چھوٹے شبہات میں ایک ایسی صورت حالات پر ہوتا ہے جو بڑے شبہات اور شش کے جو فیروں کے درمیان تبادلہ ہوا میں مزاحم ہوتی ہے۔ اس مزاحمت یا رکاوٹ کی نوعیت کے متعلق ہم یقینی طور پر بہت کم معلومات رکھتے ہیں، لیکن آنت یا مثانہ کے سادہ یا مخطط عضلہ کی تشیل سے استدلال کرتے ہوئے ہم قیاس کر سکتے ہیں کہ شعبی عضلہ جو غالباً ہر طبعی تنفس کے دوران میں کسیدہ منقبض ہوتا ہے، دم کی حالت میں ایک وقت میں تنشی طور پر (tonically) منقبض ہوتا ہے اور دوسرے وقت میں اس میں تندرے دار انقباضات اور ارتخاآت (relaxations) واقع ہوتے ہیں۔ غشائے مخاطی کا اذیم یا امتلا بھی تسد پیدا کر دینے میں حصہ لیتا ہے۔ اس تعریف پر سے ہم سمجھتے ہیں کہ دم کی اصطلاح اکثر ایک علامت، یا شاید علاماتی مخلوط (syndrome) ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے نہ کہ ایک مرض ظاہر کرنے کے لئے، اور یہ علاماتی مخلوط فی الواقع مختلف عاملات سے پیدا ہو سکتا ہے۔

حالت حساسیت (allergic state)۔ حمۃ القش اور دم اکثر ایک ہی قسم کے مرض کے مختلف مظاہر ہیں، جس میں مندرجہ ذیل بھی شامل ہیں:۔ دوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhea) (عرق حرکی التهاب الانف = vasomotor rhinitis)۔ وعائی عصبانی اذیم (angeio-neurotic edema)۔ دوری استنفائے مفصلی (paroxysmal hydrarthrosis)۔ شری (urticaria)۔ ایکزیما (eczema)۔ خارش (pruritus) اور حکاک (prurigo) کی بعض قسمیں۔ بعض معدی معائی اختلالات۔ شقیقہ (migraine) اور صرع (epilepsy) کی چند اصابتیں۔ کس گروہ کے افراد کو مجموعی طور پر مسخی خود سر و عارضات (toxic idiopathies) یا حالت حساسیت (allergic state) کے طور پر جماعت بند کیا گیا ہے۔ مریض میں ایک خاص خارجی پروٹین کی حساسیت پیدا ہو جاتی ہے، یہ خارجی پروٹین ایک زہر کی طرح عمل کرتا ہے، جس سے ایک شدید تعامل پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مشابہ ہے اس اثر کے جو مصل کا اشراب ایک ایسے فرد کے اندر کرنے سے پیدا ہو جاتا ہے کہ جس کو اس کے لئے حساس بنا دیا گیا ہو۔ چنانچہ یہ دونوں حالتیں

در اصل ایک ہی نوعیت کی یعنی استہلاکی (anaphylactic) سمجھی جاتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 15) کہ جہاں پرائٹز کسٹنر (Praunitz-Kustner) کا تعامل بھی بیان کیا گیا ہے۔ لیکن خالص اور سادہ استہداف (anaphylaxis) کے متعلق یہ ایک صاف بات ہے کہ استہدافی صدمہ (anaphylactic shock) پیدا کرنے کے لئے اینٹی جن (antigen) کا ایک حساس گزرا بتدانی اشرب ہمیشہ ضروری ہوتا ہے، درنحالیکہ فطری طور پر واقع ہونے والے حساسیتی امراض میں ایسی ابتدائی حساسگی (sensitization) کی شہادت نہیں پائی جاتی۔ لیکن ممکن ہے کہ حساسیت (allergy) میں اینٹی جن (جسکی بالکل تھوڑی مقدار میں ضروری ہوتی ہیں) ایک خراشیدہ غشائے مخاطی کی راہ سے داخل ہو گیا ہو۔ مثلاً ممکن ہے کہ معدی معوی التهاب (gastro-enteritis) کے دوران میں غیر ہضم شدہ پروٹین، مثلاً انڈے کا پروٹین، معوی خطہ سے جذب ہو جاتا ہو اور اس طرح اس شے کی بیش حساسیت کی ایک مستقل حالت (hyper-sensitiveness) پیدا کر دیتا ہو۔ نیز یہ یقین کرنے کی وجہ موجود ہے کہ ایسی اصابتوں میں معدی ہضم اور نتیجہ پروٹین پاشیدگی (proteolysis) بھی ناقص ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پروٹین (proteoses) غذائی خطہ سے براہ راست ہضم ہو جاتے ہیں اور اسوقت جگر ان پر اس طرح عمل نہیں کر سکتا جیسا کہ اسے کرنا چاہئے (پروٹین پاش : protopexic فعل کا فعل) اور وہ عام دوران خون کے اندر داخل ہو کر استہداف پیدا کر دیتے ہیں (46)۔ اس میں شک نہیں کہ پروٹین خراش اور اس ابتدائی ضربہ (trauma) کے علاوہ جس کی راہ سے پروٹین جسم کے اندر داخل ہوتا ہے، حساسیت میں دوسرے علامات بھی موجود ہوتے ہیں، نیز عصبی علامات اور روشنی کی حساس گری بلکہ ادویہ بھی بلاشبہ اس کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ مثلاً دمہ کے مہ فی صدمی مریض ایسپرین (aspirin) کے لئے انتہائی حساسیت ظاہر کرتے ہیں اور اس کی بالکل خفیف مقداروں سے تقریباً ہلاکت کو پہنچ گئے ہیں اور ان لوگوں میں ایسپرین کی خوراک کے بعد خون کے اندر سیلیسیک ایسڈ (salicylic acid) معمول کے نسبت بہت زیادہ حد تک جمع پایا گیا ہے (13)۔ مزید برآں سمی خورد و عارضات (toxic idiopathies) کا ایک قوی موروثی رجحان بھی ہوتا ہے، اگرچہ ماؤف خاندان کے اراکین مختلف قسم کے حساسیتی مرض ظاہر

کر سکتے ہیں اور حقیقتہً اُن میں سے ایک سے زائد میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔

استہداف کے باب میں بتلایا گیا تھا کہ استہدافی صدمہ (anaphylactic shock) جسمانی بافتوں کے اندر اینٹی جن اور ضد جسم (antibody) کے باہمی تعامل (interaction) سے پیدا ہو جاتا ہے اور یہ کہ اس باہمی تعامل سے پروٹینی سالمات کی شکست و ریخت واقع ہو جاتی ہے۔ یہ نہایت دلچسپ ہے کہ حساسیتی امراض (allergic diseases) میں بعض حیاتی کیمیائی تغیرات (biochemical changes) دریافت ہوئے ہیں جو اس نظریہ کے مؤید ہیں کہ حساسیتی حملہ میں بھی خون کے اندر پروٹینوز کی زیادتی پائی جاتی ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر استہدافی صدمہ ہوتا ہے اور یہ پروٹینی تفرق (protein catabolism) کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے (14) ایس حملہ کے دوران میں کبدی قلت (liver deficiency) اس سے ظاہر ہوتی ہے کہ خون ایک مثبت بالواسطہ وانٹن برگی تعامل (positive indirect van den Bergh reaction) خون میں دیتا ہے اور دموئی شکر (blood sugar) پست لیول پر ہوتی ہے (45) اور ساتھ ہی ایک ”خون شکن حرجہ“ (haemoclastic crisis) ہوتا ہے جو خون کے دباؤ کی تخفیف، قلت خلیات ابیض (leucopenia)، عرصہ تجمید کی تبدیلی اور روشنی کے لئے مصل کے انعطافی نمایندے (refractive index) کی تبدیلی پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون میں امینو ایسڈ، یورک ایسڈ اور کریمیہ نین (creatinine) کے اجزاء زیادہ ہو جاتے ہیں اور قارورے میں ان اجسام کا زیادہ اخراج ہوتا ہے۔ گردوں سے کم پانی خارج ہوتا ہے اور قارورہ بدشد ترشی ہو جاتا ہے۔ کلورائیڈ کا احتباس (retention) ہو جاتا ہے، لیکن سرخ جسامت میں کلورائیڈ کم ہو جاتا ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ قارورہ میں ایک ”پروٹینوز“ ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 512) جو مریض پر آزمائے سے (ملاحظہ ہو آگے کا مضمون) ایک نوعی ”جلدی تعامل“ (skin reaction) پیدا کرتا ہے۔ ایسے ربوی مریضوں میں کہ جن کی جلد غذا یا شمو مات (inhalents) سے ماخوذ پروٹینوں کے لئے حساس ہے، ۵۰ فی صدی میں مثبت نتائج پائے جاتے ہیں لیکن باقی ربوی مریضوں میں صرف ۵۰ فی صدی میں۔ صحت مند آدمی شاید وناور ہی اپنے پروٹینوز

کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں، گوکہ ۳۲ فی صدی آدمی ربوی پروٹینوز کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں، جو کہ واضح طور پر پیچیدہ (47) حملہ کے بعد خون طبعی ہو جاتا ہے۔ لیکن ساتھ ہی ایک نمایاں اورار (diuresis) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قارورہ فی الحقیقتہ قلوئی ہو جاتا ہے۔ راقم الحروف کی رائے ہے کہ استہدانی صدمہ (shock) پیدا ہو جانے کے سبب سے جو پروٹینی تفرق واقع ہوتا ہے، وہ آمینو ایسڈ کے بہت سے نسبتہ چھوٹے سالمات آزاد کر دیتا ہے، اور یہ بافتوں کا ولوجی (osmotic pressure) زیادہ کر دیتے ہیں (جو سالمات کی تعداد پر منحصر رہتا ہے نہ کہ ان کی سیامت پر) جس سے پانی کا احتباس واقع ہوتا ہے۔ یہ شری (urticaria) اور عروقی عصبانی (angio-neurotic oedema) میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ آزاد آمینو گروہوں کی تعدیل کے لئے HCl کی ضرورت ہوگی (اور COOH گروہوں کی تعدیل کے لئے غالباً NaOH کی) جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ نہ صرف کلورائیڈ کا احتباس ہو جائے گا، بلکہ جسامت بھی اپنے ذخیرہ کا کچھ حصہ دے دیں گے۔

حمۃ القش مٹی، جون اور جولائی کے مہینوں میں کثرت کے ساتھ واقع ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ خشک گھاس کا زیرہ (pollen) جو اس کا سہی عامل ہے اس وقت افراط کے ساتھ ہوتا ہے۔ لیکن اس کے حملے خشک زیرہ کے ذریعہ حساس افراد میں سال کے کسی وقت میں بھی مصنوعی طور پر پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ یہ دریافت ہوا ہے کہ حمۃ القش کے مریض مختلف پودوں کے زیروں سے مختلف درجوں میں تعامل ظاہر کرتے ہیں۔ لیکن اس ملک میں گھاس ہی کا زیرہ اہم عامل ہے۔ گرمیاں یہ بفراط ہوتا ہے، اور ہوا کے ذریعہ سے لمبے فاصلوں تک منتقل ہو سکتا ہے۔ امریکہ میں بعض کمپاز میٹھی (Compositae) کا زیرہ بھی وجہ شکایت ہو سکتا ہے۔ زیرہ طبعی طور پر استنشاق کے ذریعہ انفی اور شعبی غشائے مخاطی پر اپنا اثر کرتا ہے۔ اگر مریض اسے تجربہ نگل لے تو یہ سوز، ہضم اور اسہال پیدا کر دیتا ہے۔

دملہ (asthma) - سمی خورد و عارضہ (toxic idiopathy) کی ایک

دوسری قسم حیوانی دے ہیں۔ ان میں مریض ایک گھوڑے کے سبوسہ (dandruff) کی حساسیت رکھتا ہے، اور اگر گھوڑے قرب وجوار میں ہوں تو اسے دمہ کا حملہ ہو جاتا ہے

یا بلکہ اگر وہ سائیسوں کی صحبت میں ہو تو بھی اُسے حملہ ہو جاتا ہے۔ ایسے افراد میں گھوٹے کے گوشت کے کلمے (sausages) کھانے کے بعد معدی معوی حملے ہونا بیان کئے گئے ہیں۔ ”بلی“ دمہ (cat asthma) مشہور چیز ہے۔ اور بھڑوں، گائیوں، سُتروں، خرگوشوں، بکریوں، اور پرندوں کے بروں کی حساسیت بھی ہوتی ہے، چنانچہ ایک معمولی تکیہ پر سونے سے دمہ کا حملہ شروع ہو سکتا ہے۔ ہالینڈ میں حال ہی میں دریافت ہوا ہے کہ غثہ جات (mites) سے سرایت زدہ غلہ، جو جانوروں کو بہت کھلایا جاتا ہے، دمہ پیدا کرنے کا ایک مؤثر ذریعہ ہے۔

ایک دوسرا قسمی خود رو عارضہ (toxic idiopathy) غذائی اشیاء کی حساسیت ہے اور ممکن ہے کہ ایک خاص نوعی غذائی شے کھانے سے دمہ یا معدی معوی اختلالات پیدا ہو جائیں۔ دمہ کے مریضوں کا امتحان مختلف غذاؤں کے پروٹینوں کی تطعیم سے کیا جاسکتا ہے۔ اناجوں (cereals) جیسے کہ گہیوں، مکئی، جانول، رانی، جو یا آجی (oats) سے مثبت جلدی تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔ انڈے، آٹو، کیسین (casein)، جھنکا یا مچھلی (lobster)، کستور یا مچھلی (oyster) اور مختلف قسم کی مچھلی، مختلف قسم کے گوشت، پالک (spinach)، اسٹرا بری سیب، اور دوسرے نباتات اور پھل ان سب سے مختلف مباحثوں میں مثبت تعاملات پیدا ہو گئے ہیں۔ حساسیتی مریضوں میں ”جلدی تعاملات“ کے امتحان کے دو طریقے ہیں:-

(۱) تشریط (scarification) کے ذریعہ۔ پیش بازو کی جلد کو صاف کرنے کے بعد اُس پر NaOH کے 10/20 یا 20/20 محلول کا ایک قطرہ رکھ دیا جاتا ہے، اور ایک چھوٹے چاقو کی نوک پر پروٹین کی مقطرہ مقدار بصورت سفوف لگا کر اس سیال میں حل کر دی جاتی ہے، اور پھر اس آمیزہ میں سے ایک سطحی چرکا (cut) 1/2 انچ لمبا دیا جاتا ہے۔ بیس سے تیس منٹ میں ایک مثبت نتیجہ ظاہر ہوتا ہے، جو ایک شری دوڑے (urticarial wheal) کی صورت میں ہوتا ہے، جو قطر میں نصف سینٹی میٹر اور ایک منطقہ احمرار سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ اس سے بھی کم واضح نتائج کا اندراج ہوتا ہے، کیونکہ وہ تبیبی عامل کا پتہ دے سکتے ہیں۔ عیاری نشان (control) بلاشبہ بالکل منفی ہونا چاہئے۔ (۲) دروں جلدی انشراب (intracutaneous injection) کے

ذریعہ مطلوب بھول کی د۔ د۔ سی۔ سی۔ مقدار ایک نہایت باریک سوئی سے جو جلد سے تقریباً متوازی کیڑ رکھی جاتی ہے، جلد کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ مانع کا ایک چھوٹا ٹپن دکھائی دینا چاہیے، اور طبعی مالح کے ذریعہ ایک عیاری اثراب عمل میں لانا چاہئے۔ پیش بازو کا اگلا حصہ بہترین مقام انتخاب ہے۔ ایک التہانی بالیزہ مثبت تعامل ظاہر کرتا ہے۔ ان دونوں میں سے دروں جلدی تعامل نسبتہ حساس تر ہوتا ہے اور اس سے دمہ کے مریضوں کے ایک تناسب میں، جو مختلف ملکوں میں مختلف ہے لیکن انگلستان میں بڑا نہیں، مختلف پروٹینی خلاصہ جات [جانوروں کے بالوں، غذائی اشیاء، زیروں (pollens)] کے ذریعہ سے مثبت تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔

زہریلی شے دمہ کے مریضوں کی بہت غالب تعداد میں نامعلوم ہوتی ہے۔ یہ محمول الہوا (air-borne) معلوم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں پھپھوندی (mould) ہو سکتی ہے۔ یہ اکثر دمہ کے مریض کے مکان کے گرد و غبار میں موجود ہوتی ہے۔ یہ کسی ایک مقام یا دوسرے مقام کی نسبت زیادہ موجود ہوتی ہے۔ مثلاً ذی لینڈ (Zeeland) میں ایسے دیہات ہیں جن میں آبادی کا ایک فی صدی حصہ دمہ میں مبتلا ہے، اور جب یہ لوگ دریائے رٹاٹن کے اوپر کے حصہ کی طرف سفر کرتے ہیں تو ان کا دمہ جاتا رہتا ہے۔ اسی طرح بیشتر دمہ کے مریضوں کو کوہستانی خطوں جیسے کہ آلپس (Alps) میں دمہ کے حملے نہیں ہوتے، اگرچہ کچھ عرصہ تک وہاں رہنے سے ان کی وہ امنیت جو انھیں نسبت نیچے حاصل ہوئی تھی جاتی رہتی ہے، اور جب وہ گھر واپس آتے ہیں تو ابتداءً ان کے حملے معمول سے زائد شدید ہوتے ہیں۔ آلپس میں حملوں سے ماہ مونیت اس وجہ سے ہوتی ہے کہ وہاں وہ زہر موجود نہیں ہوتا، اور اگر مریض کو گرد و غبار وغیرہ وہاں خاص طور پر لاکر استنشاق کرایا جائے تو حملے مصنوعی طور پر پیدا کئے جاسکتے ہیں۔

(15)

متعدد عوامل ہیں جو کہ دمہ کی استعداد رکھنے والے افراد میں فی الحقیقہ ایک حملہ پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً اتنی غشائے مخاطی کی خراشیں، قبض، رچی شکایتیں، غذا سے معدہ کا تمدد، تمباکو نوشی کی زیادتی اور وہ سوء ہضم جو اکثر اس کے ساتھ ہوتا ہے، لبنی غذائیں، موشویہ (hair wash) میں کاہیمہ، صبغہ (paint) کی بو، اور بالخصوص

مختلف نفسی حالتیں۔ حملے اس وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں کہ مریض ان کی امید رکھتا ہے۔ مثلاً گلاب کے پھولوں کی حمایت رکھنے والے مریض میں حملہ ایک مصنوعی گلاب کے دیکھنے سے ہو گیا جسے اس نے اصلی سمجھ لیا، اس کے برعکس شدید ہيجان سے حملہ بالکل ترک سکتا ہے۔ حملوں کے ہونے کا امکان اُس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ مریض تنہا ہوئے ہوں، یعنی دن کے اختتام پر۔

دَمہ ساری اور معکوس (asthma-infective & reflex)۔ دمہ کی

اسبابتوں کا یہ گروہ جس میں اس ملک کے ربوی مریضوں کی غالب تعداد شامل ہے، اوپر بیان کئے ہوئے گروہ سے بالکل مختلف معلوم ہوتا ہے گوکہ دونوں میں کیتھارتزائل موجود ہے۔ یہ دمہ اکثر سن بلوغ یا سن یاس (climacteric) میں شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ فوری پیش رو (precursor) حاد شعبی التهاب یا ذات الریہ (pneumonia) ہو، جیسا کہ کالی کھانسی (whooping-cough) یا کھسرا میں ہوتا ہے، یا ممکن ہے یہ دمہ جسم کے دوسرے حصوں میں کی سرایت کے باعث واقع ہو۔ یہ دمہ (۱) اُن استیہ کی حساسیت کے باعث ہے، جو پیچھے پھڑپھڑوں یا دوسرے مقامات میں سرایت کے حقیقی مقام پر جسم کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، یا (۲) محض معکوس خراش (reflex irritation) کے باعث ہے۔ (۱) بالغوں میں اس امر کی شہادت ہے کہ فریڈلینڈر (Friedlander) گروہ کے گرم منفی (Gram-negative) عصیات، کاشت ہونے پر ہسٹامن (histamine) کی قسم کے مادے پیدا کرتے ہیں، اور یہ مادے مقامی طور پر شعبات میں پیدا ہو کر حملوں کا باعث ہوتے ہیں (48)۔ ماسکی سرایت پر نیچے بحث کی گئی ہے۔ (۲) معکوس دمہ ناک سے پیدا ہو سکتا ہے، یہ بروڈی (Brodie) اور ڈکسن (Dixon) کی تحقیقات سے سمجھ لینا بالکل آسان ہے، جن نے متعین طور پر ثابت کر دیا ہے کہ انفی غٹائے مخاطی کی تھیسج ایک معکوس شعبی تنگی پیدا کرتی ہے۔ فی الحقیقت بعض اوقات انفی سعدانوں (nasal polypi) کے استیصال اور ناک پر دوسرے اعمال جراحیہ کے بعد دمہ واقع ہو گیا ہے۔

اس گروہ میں ماسکی سرایت (focal infection) کا مقام مضارہ نکلی (maxillary antrum) میں ہو سکتا ہے۔ سطح التهاب صفائی (ethmoiditis)

انفی سعالنے (nasal polypi)، فاصلی انحراف (septal deviation) سیود (ridges)، یا ہمبیز (spurs)، اور مفتول ہڈیوں کی بیش پروردگی (hypertrophy of the turbinates) موجود ہو سکتی ہے، اور یہ سب ہوائی راستہ میں مزاحمت پیدا کرتے اور سرایت کے وقوع میں مؤید ہوتے ہیں۔ لوزتین اور غدودہ، ان اصابتوں کی محتوئی تعداد میں ضروری حصہ لیتے ہیں۔ یقیناً معمولی سرگزشت یہ ہوتی ہے کہ ان پر کم از کم ایک بار جراحی عمل بلا شفا ہو چکا ہے۔ بایں ہمہ ممکن ہے کہ دوسرے راستوں کی جستجو کے بعد عمل جراحی کی ضرورت ہو۔ دانت اور امنا، دوسرے ممکنہ ذرائع سرایت ہیں۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ بعض مریض ایسے رہ جائیں جن میں دم کا وقوع ”سرمیں زکام“ (colds in the head) کے ساتھ شروع ہو یا اس کے ہمراہ پایا جائے اور جن میں سوائے اس کے کہ ان کی انفی غشائے مخاطی کی قوت مدافعت بظاہر کم ہو گئی ہے اور دوسرا کوئی سبب نہیں بتلایا جاسکتا۔ ان کی حالت اکثر سرما کے ہینوں میں خراب تر ہوتی ہے بلکہ زیادہ اوآخر خزاں اور اوائل فصل بہار میں جب کہ موسم سب سے زیادہ متکون (capricious) ہوتا ہے، اور اس کے تغیرات ناگہانی اور اختلال آفیں ہوتے ہیں۔ ساری اور معکوس ذمہ کی جو اصابتیں اس ملک میں پائی جاتی ہیں، وہ مابقی گروہ کی بعض اصابتوں کے خلاف پریوینوں کے ساتھ امتحان کرنے پر عموماً متاثر نہیں ظاہر کرتیں۔

141

ذمہ اور شعبی التهاب۔ ذمہ شعبی التهاب سے تین طرح سے تعلق رکھتا ہے۔ اولاً جہاں کہ ابھی بیان کیا گیا ہے، ذمہ عموماً ایک اولی شعبی التهاب کے بعد ہوتا ہے۔ دویم جب کوئی مریض شعبی التهاب کے متوالی حملوں میں مبتلا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ ذمہ بتدریج نمودار ہو جائے، ایسی صورت میں ذمہ صرف اسی وقت واقع ہوتا ہے جب کہ شعبی التهاب اپنے خراب ترین درجہ پر آگیا ہو اور جب شعبی التهاب بہتر ہو جائے تو ذمہ بھی صاف ہو جاتا ہے۔ یہ حالت سربوی شعبی التهاب (asthmatic bronchitis) کے نام سے مشہور ہے اور یہ حساسیتی ہرگز نہیں۔ یہ اس وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے کہ شعبی التهاب غشائے مخاطی کی عصبی منتہاؤں میں خراش پیدا کر کے، عضلات کا ایک متامی انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ ذمہ سل ریوی کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

سویم حقیقی حیاتی دمہ کے متواتر حملے ثانوی مزمن شعبی التهاب پیدا کر سکتے ہیں، جیسا کہ بحث علامات میں بیان کیا گیا ہے۔

معمر اشخاص میں سانس بھولنے کے حملے۔ یہ حالت صفحہ 255 پر بیان کی گئی ہے اور بعض اوقات قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے، یا اگر گردے ماؤف ہو گئے ہوں جیسے کسلا بت شہ یانی والے گھڑہ (arteriosclerotic kidney) میں تو کلوئی دمہ (renal asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ تسم بولی (uræmia) میں سانس پھولنے کی حالت کو بعض اوقات تسمی بولی دمہ (uræmic asthma) کہتے ہیں۔

علامات - حمۃ القش میں حاد التهاب الانف (acute rhinitis) اور التهاب ملتئمہ (conjunctivitis) کے ساتھ غشائے مخاطی کا اذیمہ (lachrymation) اور چھینکیں پائی جاتی ہیں اور پتلی جلد والے اشخاص میں احمرار (erythema)، اور ثمری معہ شدید خارش کے پایا جاتا ہے۔ ساتھ ہی دمہ اور بنی اثرات ہو سکتے ہیں، جیسے کہ سستی، ذہنی انخفاض (mental depression)، چڑچڑاہٹ، درد ہائے سر، غالباً دوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhœa)، جس میں مریض کو دفعۃً ناک سے بکثرت آبی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے، حمۃ القش سے مماثل ہے۔

دمہ - بعض اوقات تنبیہی علامات ہوتی ہیں، جیسے کہ بے آرامی کا عام احساس، غنودگی، جسمانی آنا (gaping)، ٹھڈی کے نیچے کھجی، چھینکیں اور زکام، یا پھیکے رنگ کا صاف پیشاب زیادہ آنا۔ لیکن اکثر اوقات حملہ ناگہانی طور پر اور علی الصباح دواؤ چار بجے کے درمیان شروع ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ مریض سونے کو جاتے وقت بظاہر بالکل اچھا ہو۔ مریض بہر (dyspnœa) کے احساس کے ساتھ جاگ اٹھتا ہے، جسکی وجہ سے اسے بستر پر اٹھ کر بیٹھ جانا پڑتا ہے، یا وہ بستر سے اٹھ کر کھڑکی کھول دیتا ہے تاکہ زیادہ ہوا اندر آ سکے۔ جلد ہی سانس لینے میں ایسی دقت ہو جاتی ہے کہ اتنے تنفس کے تمام معین عضلات (accessory muscles) سے مدد لینی پڑتی ہے۔ مریض اپنے ہاتھوں سے اپنے بستر کے بازوؤں کو گری کے بازوؤں کو تختہ آٹلان (mantlepiece)

کو، یا میز کے کنارے کو کھینچ لیتا ہے، تاکہ بالائی جوارح سے سینہ کو گزرنے والے عضلات کو ایک مضبوط سہارا حاصل ہو جائے۔ ابتداءً سینہ حالت شہیق (inspiration) میں تقریباً مثبت ہو جاتا ہے اور نہایت خفیف حرکت پائی جاتی ہے، اور استماع کرنے پر عملاً کوئی اصوات منفس نہیں سنانی دیتے۔ بعد ازاں جب کہ حرکات کی مقدار زیادہ آزادانہ شروع ہونے لگتے ہیں، تو جو چیز سب سے زیادہ نظر آتی ہے وہ زفیر (expiration) کی غیر معمولی طوالت ہوتی ہے، جس کے ساتھ زور سے سائیں سائیں کی آواز (loud wheezing) ہوتی ہے، جو فاصلہ سے سنانی دیتی ہے، لیکن شرح منفس سست ہوتی ہے۔ سینہ کسی قدر بیش گمکی (over-resonant) ہوتا ہے۔ شہیقی خریر (inspiratory murmur) بتسل سنانی دیتا ہے، یا اس کے ساتھ ایک کسیدہ صفیری (sibilant) خرخرہ (rhonchus) ہوتا ہے، لیکن زفیر کے ساتھ وہ بلند آواز خرخرہ سنانی دیتا ہے جس کا ابھی ذکر کیا گیا ہے۔ اس کے ساتھ مریض کی تکلیف بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اس کا چہرہ ازرق ہو جاتا ہے، آنکھیں نکلی پڑتی ہیں، ملتحات مبتل (suffused) یا سرخ ہو جاتے ہیں، اور مریض کی ساری توجہ سینہ سے ہو اکو خارج کرنے کی کوشش میں جذب ہو جاتی ہے۔ عموماً تب نہیں ہوتی۔ کچھ عرصہ کے بعد، اور ممکن ہے کہ یہ دو یا تین گھنٹے ہو، مریض کھانا شروع کرتا ہے اور کسیدہ تپتی، شفاف مخاط کا نفث کرتا ہے، جس کے ساتھ تھوڑا خون بھی ملا ہوا ہو سکتا ہے۔ پھر منفس میں نسبتاً آسانی ہو جاتی ہے، زراق کم ہو جاتا ہے، بتدریج ساری تکلیف جاتی رہتی ہے، اور مریض کو نیند آ جاتی ہے۔

نباق (sputum) کے اندر اکثر استوائی یا بڈنی سرعلیہ کے علاوہ وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو مرغولہ جات کرشمان (Curschmann's spirals) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ یہ زردی مائل سبز یا رادی درات میں جو مخاط کے دھانگوں سے بنتے ہیں۔ خود بین کے نیچے یہ بیج کھائے ہوئے باریک یا موٹے ریشے نظر آتے ہیں جن کے ساتھ ایوسین پسند سپید غلیات ملے ہوتے ہیں، اور بیج میں ہمیشہ ایک شفاف ریشہ ہوتا ہے۔ غالباً یہ باریک تر شعبی انبوبات میں بنتے ہیں۔ دو قسم کی قلیں بھی پائی جاتی ہیں، یعنی مکعب قلیں جو کیلسیم کاربونیٹ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں

(17) اور لمبوتری شش سطحی (hexahedral) قلمیں جن کو شمار کو لیڈن کی قلمیں (Charcot-Leyden crystals) کہتے ہیں جو کیلیئم فاسفیٹ سے بنتی ہیں اور بعض اوقات مرغولہ جات میں پائی جاتی ہیں۔ خون کے ایوسین پسند سپید خلیات

تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔ دمہ کا ہر دورہ دو یا تین گھنٹوں سے لے کر اتنے ہی دنوں تک جاری رہ سکتا ہے۔ طویل یا مختصر وقفوں کیساتھ ان کا وقوع بہت کچھ انکے اسباب محرک (exciting causes) پر منحصر ہوتا ہے، یعنی ایک مختلط مریض جو یہ جانتا ہے کہ ان چیزوں سے جو دورہ پیدا کر دیتی ہیں کیونکر محترز رہنا چاہئے، طویل عرصوں تک محفوظ رہ سکتا ہے۔ اس بیماری کی مدت بھی نہایت مختلف ہوتی ہے۔ ایسے بہت سے لوگ جو بچپن میں مبتلا ہوتے ہیں بالغ عمر میں شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ خود حملے شاذ ہی ہلکے ہوتے ہیں اور ایسے حملوں کا گاہے بگاہے وقوع جو نہایت شدید نہوں مضر صحت نہیں ہوتا۔ لیکن کثیر الوقوع دورے شش کا نفاخ (emphysema) اور بالاحسن اس کے ساتھ شعبی التهاب پیدا کر دیتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کم و بیش کبڑی ہمیشہ بوجھ رہتی ہے جس کے ساتھ شانے گول سینہ بر میل نما (barrel-shaped) اور تنفس بالجمہد (laboured) ہوتا ہے اور یہ حصائص وہ ہیں جو کہ خود دوروں کی آئنائیں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ اس سے عمر گھٹ جاتی ہے، اور شعبی التهاب کی شدید تر شکلوں میں مبتلا ہو جانے کا رجحان بڑھ جاتا ہے۔

تشخیص - حمۃ القش کی تشخیص میں یہ یاد رکھنے سے مدد ملے گی کہ یہ موسم گرما کے اول نصف میں ہوتا ہے۔ دمہ کی صورت میں اگر سرگزشت مرض تنفس کی نوعیت اور اس کے حملے کے آغاز کا بنور مطالعہ کیا جائے تو تشخیص آسان ہوتی ہے۔ مرض قلب، صدری انورسما اور حنجری تنہد (laryngeal obstruction) میں بہر کے ناگہانی حملے دمہ سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ہسٹیریائی حملے بھی اس سے مشابہ ہو سکتے ہیں۔ اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا مریض کسی خاص خارجی پروین کی حساسیت رکھتا ہے، جلدی تعاملات (skin reactions) وسیع طور پر متعل ہیں۔ ضد سمی مصل (antitoxic serum) کا اثر اب کرنے سے پہلے ایسا امتحان کھولے کے

ورزش (exercise) کرنی چاہئے اور تعطیل کا فی لینی چاہئیں۔ بعض اشخاص ایسے ہیں کہ جلدن اور بڑے شہروں میں دوروں سے مصنون رہتے ہیں، لیکن اگر وہ اضلاع میں رہنے کی کوشش کریں تو انھیں فی الفور دورہ ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس دوسرے اشخاص ایسے ہوتے ہیں جو صرف اضلاع میں رہ سکتے ہیں، اور اگر شہروں میں رہیں تو انھیں دمہ کے دورے ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح سمندر کی ہوا بعضوں میں دورے پیدا کر دیتی ہے اور دوسروں کو اچھا کر دیتی ہے۔ کسی مریض کے متعلق یہ واقعات محض تجربہ کرنے سے معلوم ہو سکتے ہیں۔ عموماً مریض اونچی زمین پر بہتر رہتے ہیں۔

اس کے بعد جو امور غور طلب ہیں وہ یہ ہیں کہ کس طرح غذا میں اعتدال اور احتیاط عمل میں لائی جائے۔ غذا ہلکی اور ہلکی ہضم ہونے والی ہونی چاہئے۔ شب کا کھانا بھاری نہ ہونا چاہئے۔ اور وقتاً فوقتاً خاص خاص غذاؤں، مثلاً پینیر، مٹھائیوں، سور کے گوشت، بٹر کو غذا سے خارج کر کے دیکھنا چاہئے کہ ان میں سے کوئی شے نقصان رساں تو نہیں ہے۔ سینکی ہوئی ڈبل روٹی (toasted bread) اور خوب سینکے ہوئے بکٹ کھانے چاہئیں۔ نشاستہ آمیز (farinaceous) غذاؤں کو پانی میں اُبالنا چاہئے نہ کہ دودھ میں۔ دودھ کی دوسری غذاؤں، مثلاً بیج کی غذا سے پرہیز کرنا چاہئے۔ جگر کے فصل میں مدد دینے کے لئے لیمو یا سنگترہ کے ساتھ ایک اونس ڈیکسٹروز (dextrose) دن میں تین بار تجویز کرنا چاہئے۔ جب مریض فریبہ ہو تو ایک قلیل الحارہ غذا (low calorie diet) کی ضرورت ہے۔ اگر یہ معلوم ہو جائے کہ مریض کسی خاص پروٹین کی حساسیت رکھتا ہے تو اس شے سے پرہیز کرنا لازم ہے، یا اگر ایسا کرنا مشکل ہو تو اس خاص پروٹین سے حساسیت ربائی (desensitization) عمل میں لانی چاہئے۔ پروں سے تعامل ظاہر کرنے والے مریضوں کے لئے ایک سیل کی روٹی کا تکیہ (capoc pillow) تجویز کیا جاتا ہے۔ غیر نوعی پروٹینی علاج (non-specific protein therapy) کے ذریعہ سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ ایک لاکھ میں ایک طاقت والی تباخ کی ٹی۔ ڈی۔ اے ٹیوبریکولین (Koch's T. D. A. tuberculin) کے ایک سی۔ سی کے ہفتہ واری

تحت البجلدی اشتراب استعمال کئے گئے ہیں (19)۔ پیپٹون (peptone) کے اشترابات
 آرمور کے نمبر ۲ پیپٹون (Armour's No. 2 peptone) کی شکل میں، دروں عضلی یا
 دروں وریدی راہ سے ہفتہ میں دوبارہ عمل میں لائے جاتے ہیں۔ پہلی خوراک ۳، ۵،
 سی۔سی۔ ہے، اور یہ بتدریج بقدر ۲، ۵، سی۔سی۔ بڑھائی جاتی ہے، اور اتم مقدار
 خوراک ۲ یا ۵ سی۔سی۔ ہے۔ اتم مقدار خوراک وہ ہے جو تعامل پیدا کرتے کرتے
 ناکام رہ جائے، اور اشتراب کے چار یا پانچ گھنٹے کے بعد تیش کا امتحان کر کے دیکھنا
 چاہئے کہ وہ بلند تو نہیں ہو گئی ہے (20)۔ بعض اوقات ہر کھانے سے ٹھیک یون گھنٹہ
 پہلے پیپٹون (۵، ۵، گرام) براہ دہن لینے سے کامیابی ہوتی ہے۔ مریض کے اپنے
 پروویٹوز جو کہ اس کے پیشاب سے تیار کئے جاتے ہیں، تغیر پذیر کامیابی کے ساتھ
 آزمائے گئے ہیں۔ دوسرے نہایت مختلف الاقسام طریقہ بیان کئے جاسکتے ہیں جو شائد
 ایک عمومی تعامل پیدا کر کے عمل کرتے ہیں جس سے مریض کی عارضی طور پر حسیرت
 ربائی ہو جاتی ہے۔ سونے کو جانے سے پہلے بیس منٹ کے عرصہ کا گرم غسل، جس کی
 تپش ۹۸ درجے سے ۱۰۶ درجے فارن ہائٹ تک بڑھتی ہو، ممکن ہے کہ شبانہ حلوں کو
 روک دے۔ جلد کے ایک رقبہ پر ورا، بنفشی روشنی (ultra-violet light) کی ایک
 ”احمراری معناد“ (”erythema dose“) یا الاشاعوں میں تکشف اسی طرح سے عمل
 کر سکتا ہے (21)۔ مانٹ ڈورے (Mont Dore) میں ایک گرم مطلوب کرہ ہوائی میں
 تکشف استعمال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات فاصل الاف کو کمواتر برقی سے آہستہ سے
 چھڑنے سے حلے رک جاتے ہیں، اور یہ اس وقت نہایت مفید ہوتا ہے جب کہ
 ناک میں کوئی تشوہ (deformity) یا سدا نے (polypi) نہوں اور انکماش سی ضغط دموی
 (systolic blood pressure) بلندی کی طرف مائل ہو (۱۲۰ تا ۱۶۰ ملی میٹر)۔ دومیں
 ناک کے سدا نوں (polypi) کو کسی بھی حالت میں نہیں نکالنا چاہئے (18)۔ ایسے
 ہوا بند کو شک تعمیر کئے گئے ہیں جن میں مریض سوتا ہو اور ۱۰۰ فیٹ کی بلندی سے
 کھینچی ہوئی ہوا جو مزید برآں تبرید کے ذریعہ مولڈز (moulds) سے اور بھی پاک
 کر لی گئی ہو، ترویج کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ چونکہ مریض
 چوبیس گھنٹوں کے بیشتر حصے میں ان کرہ ہوائی مادوں سے محفوظ رہتا ہے، لہذا وہ

حلول سے مصنوع رہتا ہے (22)۔ لاکر آرسلنی کیلس (liquor arsenicalis) فی خور
۵ قطرے (mn.)، برومائڈز (bromides) اور بالخصوص پوٹاسیم آیوڈائیڈ روزانہ ۲۰
گرین تک کی خوراکوں میں، یہ سب حلول کا آغاز روکنے کے لئے نہایت مفید ادویہ
ہیں کیلوٹ (calomel) کی تھوڑی خوراکوں سے ہلکے اسہال لانا بھی مفید ہوتا ہے
اور سیلال (salol) اور دوسرے معوی دافعات (intestinal disinfectants) بھی استعمال کئے گئے ہیں۔

جب دمہ سرایت کے ہمراہ پایا جائے تو دوسرے مستزاد طریقہائے علاج میسر
ہیں۔ زکام (coryza) کا علاج پیرافین اور ویسلین کے اس آمیزہ سے کرنا چاہئے جو
صفحہ 196 پر بیان کیا گیا ہے۔ بسانق یا آنفی افزات سے خود زاد جذریں (stock
(autogenous vaccines) تیار کئے جاسکتے، یا ایک مذخورہ جذریں (stock
(vaccine استعمال کی جاسکتی ہے۔ ان کے استعمال کا بہترین طریقہ نقدہرون جلدی
(intracutaneous) ہے، اور مقامی تعامل کی مقدار سے مقدار خوراک کے
منطلق رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ عفونی ماسکات (septic foci) کی تلاش و تدارک
کرنا چاہئے۔

علاج - حمۃ القنس کے لئے موریل مکینزی (Morell Mackenzie)
انکھوں اور ناک میں کوکین کے ۴ تا ۶ فی صدی محلول کے رشاش (spray) کی سفارش
کرتا ہے۔ ناک کی صورت میں اس کے بعد روزانہ ایک ویسلین آلودہ ماروغن آلودہ
تسمہ (bougie) فرس انف کے برابر برابر داخل کر کے پہلے دس منٹ کے لئے اور ازاں بعد
بند ریج بڑھتے ہوئے غریبوں کیلئے حتیٰ کہ نصف گھنٹہ یا زائد عرصہ کے لئے اندر چھوڑ دیا جاتا
ہے۔ آڈرینین ہائڈروکلورائڈ (adrenin hydrochloride) کے ... ۵ میں حصہ
طاقت الی محلول کا ناک یا حلق میں رشاش کیا جاسکتا ہے۔ جہاں مزمن بیش پرورشی
التهاب انف (chronic hypertrophic rhinitis) موجود ہو وہاں متورم غشائے
خاطی پر کوکین کے ۲ فی صدی محلول کے ابتدائی استعمال کے بعد گیلوانائی کوآ (galvano-
cautery) کا استعمال کرنا بہ سرعت شفا بخش معلوم ہوتا ہے۔
دمہ کا حملہ روکنے کے لئے آڈرینین ہائڈروکلورائڈ (... میں حصہ) کے

۲ قطرہوں کا اشتراب نہایت یقینی علاج ہے، اگرچہ اُس کے ۱۰ بلکہ ۵ ملی میٹر کا دروں عضلی اشتراب بھی کیا جاتا ہے۔ ۱۰۰۰ میں ایک حصہ ایڈرینالین (adrenaline) کا اشتراب کہ جسمیں فی اونس ۱۰ ایفینڈ کلسرین، ۵۰ فی صدی کلورٹون اور ۲ قطرے سلفرکس ترشے (sulphurous acid) کے ملے ہوئے ہوں ایک سہولت وہ طریقہ استعمال ہے۔ مرثہ کو ہاتھ یا پیپ کے ذریعہ چلایا جاتا ہے یا ایک استوانہ (cylinder) میں کی آکسیجن کو بطور قوت محرکہ کے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایڈرینین کی تالیفی قطبیں (synthetic crystals) (۱ ملی گرام) زبان کے نیچے رکھ کر جذب کرائی جاسکتی ہیں۔ کیفین آیوڈائیڈ (caffeine iodide) (۱/۴ گریں)، یا پائراڈان (pyramdon) (۱/۴ گریں)، اور ایفیدرین (ephedrin) (۱/۴ گریں) براہ دہن لی جاسکتی ہے۔ امل نائٹرائٹ (amyl nitrite) بھی عام طور پر سونگھی جاتی ہے، یا صغیہ تیج صحرائی (tr. lobelia eth.)، صغیہ جوزماثل (tr. stramoni)، صغیہ لفاح (tr. belladonnae)، کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate)، نائٹرائٹس (nitrites)، یا نائٹرو گلیسرین (nitroglycerine) کی اتم قرابادینی خوراکیں براہ دہن دی جاسکتی ہیں۔ ایک نہایت عام طریقہ علاج یہ ہے کہ نائٹ کے محلول (nitre solution) میں سیر شدہ کاغذ کو خشک کر کے اور اُسے جلا کر اُس کے بخارات کا استنشاق کیا جائے، یا جوزماثل (stramonium) کے کٹے ہوئے پتوں سے بنائے ہوئے سگریٹ پے جائیں، یا جوزماثل کے دوسرے بھجنات استعمال کئے جائیں۔ استنشاق (inhalation) یعنی دھواں لینا باقاعدہ علاج کرنے کا ایک برا طریقہ ہے، کیونکہ اُس سے شعبی غشائے مخاطی میں خراش پیدا ہو کر شعبی التهاب (bronchitis) نمودار ہو جاتا ہے۔

مریض کو ایک آکسیجنی خیمہ (oxygen tent) کے اندر آکسیجن (oxygen) اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) دے کر حالت (status asthmaticus) کو واقع ہونے سے روکا جا چکا ہے (49)۔ مصنف نے دروں ریوی دباؤ کو بڑھا کر چند حملے روک دیے ہیں (ملاحظہ ہو ریوی تہیج)۔ اگر بہت شعبی التهاب ہو تو آکسیجنی خیمہ بلا کاربن ڈائی آکسائیڈ کے نفع بخش ثابت ہوتا ہے۔

بڑے شعبات کا تسد

جہاں تک پچکاؤ کے مختلف اسباب کا تعلق ہے، دو بڑے شعبات، قصبۃ الریہ سے قریبی مماثلت رکھتے ہیں، اور جو کچھ قصبی تسد کے عنوان کے تحت کہا گیا ہے اس میں سے بہت کچھ یہاں مکرر بیان کیا جاسکتا ہے۔ پچکاؤ یا تنگی (stricture) کے باعث جو تسد پیدا ہوتا ہے وہ ریوی سرطان، انورسما، اجسام غریبہ یا ایسے شعبی غدد کا نتیجہ ہوتا ہے جو خبیث بالیدگی سے یا تجبن (caseation) اور تسج (suppuration) سے بڑے ہو گئے ہوں۔ نبتہ کم عام طور پر مری کا سر حلیمی سلعہ (epithelioma of the oesophagus) صمغیہ (gumma)، بلکہ ایک شمع بایاں اذین بھی شعبہ کو بڑا کر سکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ محراب اور طی کے انورسما سے بائیں شعبہ کے پچکاؤ کا خاص امکان ہے، کیونکہ بایاں شعبہ اسی محراب کے نیچے سے گزرتا ہے۔ چونکہ دایاں شعبہ نبتہ بڑا ہوتا ہے، لہذا اجسام غریبہ زیادہ اکثر اسی کے اندر گر جاتے ہیں۔ اور چونکہ دونوں شعبات کے درمیان فصل پیدا کرنے والا حید خط وسطی سے کیقدر بائیں جانب کو ہوتا ہے، لہذا قصبہ کے مرکز میں گرنے والے اشیاء اس کی دائیں شاخ کے اندر چلے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کھانسنے میں وہ قصبہ کے اندر دھکیل دئے جائیں اور اسی یا مقابل شعبہ کے اندر واپس گر جائیں۔

شعبہ کے تسد کے بعد شش کے متناظر حصے اور اس شعبہ کے بعدی تقاسمات میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ہر اصابت میں یہ شش مہبوط ہو جاتا ہے کیونکہ جب ہوا کا باہمی تبادلاً تمام تر موقوف ہو جاتا ہے تو باقی ماندہ ہوا کو ریوی عروق جذب کر لیتے ہیں۔ آخر کار ریوی لیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک سریع الوقوع کامل تسد میں، جیسا کہ ایک جسم غریب کے انغراز (impaction) سے ہو جاتا ہے، یہ مہبوط بہت جلد واقع ہوتا ہے، لیکن جب یہ پچکاؤ بتدریج ہوتا ہے، جیسے کہ ایک انورسمائی سماجہ (aneurysmal sac) کی صورت میں، تو ابتداءً ہوا سے شش کا انتفاع ہوتا ہے جس سے ممکن ہے کہ قلب اپنی جگہ سے باہر دھکیل دیا جائے اور ڈائفرام نیچے کی طرف

ہٹ جائے (Newton Pitt)۔ ایک ڈھیلا جسم غریب بھی، ایک گولہ گھر صراع (ball & socket valve) کی طرح عمل کر کے، ایسا ہی اثر پیدا کر دیتا ہے۔

اس کا ایک اور اثر تھلدا الشعب (bronchiectasis) ہے جو دو یا تین باہ کے عرصہ میں نمایاں ہو سکتا ہے۔ جب جسم غریب ایک پی نٹ (pea-nut) ہو تو بالکل جلد ہی نہایت خطرناک التهاب پیدا ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ اجسام غریبہ ذیل کی دیگر پیچیدگیاں پیدا کر سکتے ہیں۔ پھوڑے، اور حادہ اصابتوں میں کبھی کبھی استرواح الصدر (pneumothorax) یا یقینی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax)، اور طویل المدت قائم شدہ اصابتوں میں تقيج الصدر (empyema) یا وارفٹ الدم (hæmoptysis) (23)۔

علامات اور طبیعی امارات۔ یہ تسد کے درجہ اور اس کی پیدائش کی سرعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اور چونکہ مقابلہ انبوہ اکثر غیر مآوف ہوتا ہے اور اس طرح صرف نصف تنفسی رقبہ میں مداخلت ہوتی ہے، لہذا وقوع ہلاکت سے پہلے شبہ زیادہ کامل طور پر مدد ہوتا ہے اور قبضہ الریہ آنا کبھی نہیں ہوتا۔

ابتداء سکون یا مشقت کی حالت میں بُہر (dyspnœa) ہی ایک متقل علامت ہوتی ہے، اور کبھی کبھی صرصرہ (stridor) اور خفیف نفث الدم ہوتے ہیں۔ لیکن دونوں بڑے شعبات میں سے کسی ایک کا تسد اختناق (asphyxia) کے ویسے ہی دُور سے پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ قصبی تسد میں واقع ہوتے ہیں۔ تمدد الشعب نمایاں ہو جانے پر کھانسی، بدبودار بلاق کا نفث اور حموی تعال نمایاں علامتاں ہوجاتی ہیں خاص طبیعی امارت حویصلی خریر (vesicular murmur) کی غیر موجودگی

145

یا اس کی انتہائی کمزوری ہے، جو مقابلہ جانب پر بڑھے ہوئے اصوات تنفس کے مقابلہ میں شدید تضاد پیش کرتی ہے۔ یہ بعض اصابتوں میں کچھ وقت کے لئے ایک ہی منفرد طبیعی امارت ہو سکتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ گمگ کامل طور پر طبعی ہو۔ لیکن ان اصابتوں میں جن میں شش کا انتفاخ واقع ہو جاتا ہے، قرع کرنے پر بیش گمگ موجود ہوگی اور ساتھ ہی یہ گمگ قلبی رقبہ تک پھیلی ہوئی ہو کر قلب کی لہ ایک پہلی جگہ کمانے اور تیل نکالنے کے کام آتی ہے (سینڈرڈ ڈکشنری - عہد الحق)۔

غیر وضیعت کا ثبوت موجود ہوگا، جس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ استرواح الصدر (pneumothorax) کے ساتھ قریبی مشابہت ہو جائے۔ ان اصابتوں میں بالآخر اور دوسری اصابتوں میں نسبتاً بہت جلد ہوا کے جذب ہو جانے پر ماؤف قاعدے پر اصمیت (dulness) ہوتی ہے اور ساتھ ہی لمسی ارتعاش گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بڑھ کر یہ حالت ہو سکتی ہے کہ اصوات تنفس (breath sounds) بولنے کے اصوات (voice sounds) لمسی ارتعاش اور قرعی گمگ تمانہ غائب ہوں۔ اگر تمدد الشعب کے کہنے بڑی حد تک بن جائیں تو مندرجہ بالا طبیعی امارات کے بجائے ایک یا دوسرے چھوٹے رقبہ پر قبطی قرعی سرکہنی تنفس (cavernous breathing) چھیننے والے (crackling) متفرغ (gurgling) لفظات (râles) سنبھ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص - عمدہ گمگ کے ساتھ سینہ کی ایک جانب پر اصوات تنفس کی تقریباً کامل غیر موجودگی کا اجتماع متناظر شعبہ کے تسد و کی نہایت مخصوص و مبینہ علامت ہے۔ جب تسد و کے ساتھ صرصرہ (stridor) موجود ہو تو اس پر غلطی سے شعبی الہاب کا گمان ہو سکتا ہے۔ متذکرہ بالا سبب سے ہونے والا صرصرہ (stridor) منتقل اور یکساں نوعیت کا ہوتا ہے، کیونکہ وہ ایک واحد نقطہ تسد و سے پیدا ہوتا ہے، لیکن شعبی الہاب کے خرخرات (rhonchi) اپنی بلند (loudness) درجہ ارتقاع (pitch) اور مقام وقوع میں ہمیشہ بدلتے رہتے ہیں۔

شعبہ کے ابے پچکاؤں میں جس کے ساتھ شش کا انتفاخ ہو، شش گمگ کی موجودگی اور ساتھ ہی اصوات تنفس کی غیر موجودگی کے باعث استرواح الصدر (pneumothorax) کی غلط تشخیص کی گئی ہے۔ ایسی اصابتوں میں ممکن ہو کہ شعاع نگاشت (radiogram) سے پچکاؤ کی حالت میں انورسما کی موجودگی یا استرواح الصدر کی حالت میں ریڑھ کی جانب باز کشیدہ (retracted) شش کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔

لیکن اس کے برعکس جب ضیق (stenosis) شش کا کم و بیش ہبوط (collapse) پیدا کر دیتی ہے، جیسا کہ اس کو بالآخر پیدا کرنا ہی چاہئے، تو طبیعی امارات ان علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو ایک جزو جذب شدہ پلیورائی انصباب

(pluritic effusion) کے باعث ہوتے ہیں اور ایسی صورت میں آخری فیصلہ کے لئے ایک استقصائی پچکاری (exploring syringe) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ جہاں اجمام غریبہ کا سوال ہو تو بلاشبہ سرگزشت مرض پر احتیاط کے ساتھ غور کرنا چاہئے۔ بہت سے اجمام غریبہ لاشعاعوں سے غیر شفاف نظر آتے ہیں۔ مناسب امابتوں میں شعبہ بین (bronchoscope) استعمال کرنا چاہئے۔ انذار۔ اس کا انحصار تشدد کی نوعیت اور انتہائی تعامل کے درجہ پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شش میں کسی جسم غریب کی انتہائی برداشت پیدا ہو جائے جیسا کہ اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی امابیتیں مواظب تمدد و الثب اور لیفیت شش کے ساتھ چھتیس سال تک قائم رہی ہیں (23)۔ علاج۔ قصبہ کے تشدد کے علاج سے مشابہ ہے۔

نشوں کا نفاخ

(EMPHYSEMA OF THE LUNGS)

نفاخ کی اصطلاح (ev، بمعنی اندر اور pūsa بمعنی ہوا) بجا طور پر ہوا کی اس وعا بدری کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو کہ تحت الجلدی اور دوسری بافتوں کے اندر (جراحی نفاخ = surgical emphysema) یا پھیپھڑوں کی بین لٹکی یا بین خلائی بافت کے اندر (بین خلائی نفاخ = interstitial emphysema) ہو۔ اس مرض شش کے لئے جس پر اب بحث کی جائے گی اس کا اطلاق بہت کم موزوں ہے، تاہم طبی محاورہ میں یہ عموماً اسی مرض کے لئے محفوظا لپی جاتی ہے۔ شش کے جو فیروں میں قدرتی طور پر بھی ہوا ہوتی ہے۔ زیر بحث مرض میں وہ غیر طبعی طور پر منتقل ہو جاتے ہیں اور یہ کہہ سکتے ہیں کہ اُن میں حد سے زائد ہوا موجود ہوتی ہے۔ اس حد تک تو نفاخ (حوصلی نفاخ = vesicular emphysema) کا نام جویش کا نام بجا ہو سکتا ہے۔ تاہم جو فیروں کی تمدد (alveolar ectasis) کا نام جویش کیا گیا ہے، نسبتاً زیادہ صحیح ہے۔

بحث اسباب اور امراضیات - نفاخ کی پیدائش میں کئی عاملات

حصہ لیتے ہیں۔ ان میں سے بعض مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis) میں کارفرما ہوتے ہیں جو اس حالت کا سب سے زیادہ عام سبب ہے۔ (۱) کھانسنے کے فعل سے ذرا پہلے بند مزمار (glottis) کے پیچھے پھیپھڑوں میں دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ امر دموی رسدیں اس لئے مداخلت کرتا ہے کہ ریوی خون کا دباؤ کم ہوتا

146

ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رفتہ رفتہ شش کی بافت کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے

(۲) کھانسنے کے اختتام پر ایک گہرا شہیق (inspiration) لیا جاتا ہے جس سے

جوفیزوں کا انتفاخ ہو جاتا ہے، ان کی دیواریں تن جاتی ہیں اور عروق شہریہ

تنگ ہو جاتے ہیں، اور اس کا بھی یہی نتیجہ ہوتا ہے کہ دموی رسدیں مداخلت ہوتی

ہے۔ (۳) عضلات جو قوت دوران شہیق میں بروئے کار لاتے ہیں وہ اس

قوت کی بہ نسبت زیادہ ہوتی ہے جو کہ دوران زفیر (expiration) میں بروئے کار

لائی جاتی ہے، کیونکہ آخر الذکر فعل زیادہ تر پھیپھڑوں کی لچکدار بازگشت (elastic

recoil) ہی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگر شعبات افراز سے جزئی طور پر سدود ہوں تو بادبو

اس سدود کے دوران شہیق میں ہوا جوفیزوں کے اندر کھینچا آ سکتی ہے لیکن دوران

زفیر میں پھر ان سے باہر نہیں نکل سکتی۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوفیزے مستقلاً منتفخ

ہو جاتے ہیں۔ یہی عامل دمہ کی حالت میں بھی بروئے کار آتا ہے، جہاں سد شعبی

عضلات کے انقباض کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ سدود ایک مصراع کے طور پر عمل

کرتا ہے، یعنی ہوا کو اندر تو آئے دیتا ہے لیکن پھر باہر نہیں جانے دیتا۔ (۴)

خیال کیا جاتا ہے کہ شیشہ گروں یعنی کانچ بھونکنے والوں (glass-blowers)‘

پھونک کر باجا بجانے والوں اور ان لوگوں میں جو محنت طلب پیشوں میں مشغول

رہتے ہیں، اور جنھیں یا تو ہوا کی ایک دھیمی منضبط رو کی رسد پہنچانے کے لئے

یا بازوؤں کے استعمال کے لئے ایک سہارے کا نقطہ (point d'appui) ہٹا کر

کے لئے اپنے سینے مسلسل بھلائے ہوئے رکھنے پڑتے ہیں، جوفیزی دیواریں زیادہ

طویل عرصہ تک تن کر کھینچ جاتی ہیں۔ لیکن تازہ مشاہدات نے اس امر کو مشتبہ

کر دیا ہے (24)۔ (۵) سالہا سال کے عرصہ میں پھیپھڑوں کی لچکدار بافت بتدریج

بوسیدہ ہو جاتی ہے اور ممر اشخاص کا خرد شیشی نفاخ (small-lunged emphysema) پیدا کر دیتی ہے۔ (۶) جب شش کا کوئی حصہ بوجہ مرض سکڑ جاتا یا الٹہابی حاصلات یا نوامیہ سے درریختہ (infiltrated) ہو جاتا ہے، تو وہ دولا شہیق میں پھیل نہیں سکتا۔ ایسی صورت میں قرب و جوار کے جو فیزول کا پھیلاؤ زیادہ ہو جانا چاہئے تاکہ خالی جگہ پر ہو جائے۔ اسے تعویضی نفاخ (compensatory emphysema) کہتے ہیں۔ مذکورہ بالا مختلف ذرائع کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نفاخ میں ہم پہلو جو فیزول کے درمیانی فاصلہ بول (atrophied) ہو جاتے ہیں۔ جلد ہی فاصلہ آگے آر پار ایک انشقاب قائم ہو جاتا ہے۔ پھر پورا فاصلہ تلف ہو کر دونوں جو فیزے ایک بن جاتے ہیں۔ اس عمل میں نہ صرف لچکدار بافت، بلکہ ریوی عروق شعریہ کا وہ پورا جال بھی جو فاصلہ میں موجود ہوتا ہے، غائب ہو جاتا ہے۔ اگر یہ عمل پھیپھڑوں کے طول و عرض میں وسیع طور پر مکرر ہوتا رہے تو اول تو یہ ہوتا ہے کہ ہوائی فضا میں بہت بڑی ہو جاتی ہیں، اور بہت سے مقامات پر شش بافت کے بڑے بڑے چھالے بن جاتے ہیں جن میں صرف ہوا موجود ہوتی ہے۔ دویم، شش کی وہ لچک جو زفیر (expiration) کے لئے ضروری ہے، معمول کی نسبت بہت کم ہو جاتی ہے۔ سویم، وہ عروقی رقبہ جو خون کے تہویہ کے لئے کارآمد ہوتا ہے بہت گھٹ جاتا ہے۔ اور چہارم، میشر اصابتوں میں پھیپھڑے بجائے خود بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔

لچک کے جاتے رہنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زفیر زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ پھیپھڑوں کی جسامت کی زیادتی کے علاوہ، سینہ چوڑائی اور گہرائی میں بڑا ہو جاتا ہے اور وہی شکل اور وضع مستقلاً اختیار کر لیتا ہے جو کامل شہیق (inspiration) کیلئے مخصوص ہے۔ سینہ کی حرکت پذیری (mobility) بہت کم ہو جاتی ہے، کیونکہ اس کی وسعت (range) کامل شہیق اور کامل زفیر کے درمیان ہونے کے بجائے محض شہیق کے مختلف درجات کے درمیان ہوتی رہتی ہے۔ گیسوں کا باہمی تبادلہ کم کامل طور پر ہوتا ہے۔ یہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ شریانی خون میں CO_2 کے دباؤ کے لئے جو قیمتیں پائی جاتی ہیں، وہ معمول کی نسبت بہت زیادہ ہوتی ہیں۔

درحقیقت CO_2 کی ترشہ و موہیت (acidæmia) موجود ہوتی ہے، جو شدید بھریدا کر دیتی ہے۔ شریانی خون کی آکسیجن سے سیرشدگی بھی ممکن ہے معمول کی نسبت کم ہو (7)۔ عام طور پر قلووی محفوظہ میں زیادتی ہو جاتی ہے جو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے اعتبار سے کی تلافی کر دیتی ہے۔

ایک اور اہم امر پھیپھڑوں میں شعری رقبہ کا ضائع ہو جانا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ریوی دوران خون میں ایک تبدیلی پیدا ہو جاتا ہے۔ شریان ریوی اور دائیں بطن میں تناؤ بڑھ جاتا ہے، وایاں بطن بیش پروردہ (hypertrophied) ہو جاتا ہے، اور بالآخر قلب کے دائیں جانب کا اتساع (dilatation) ہو جاتا ہے لہذا اوریدی نظام متھقن (engorged) ہو جانے سے، جگر کی کلانی اور امستلاؤ، یاؤں، ٹانگوں اور دھڑ کا بہتج اور البیومن بولیت پیدا ہو جاتی ہے۔ معمر اشخاص میں قلب کا چپ جانبی (left-sided) اتساع اور ساتھ ہی عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) بھی ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ وہ پھیپھڑا جو کلاں ششی نفاخ (large-lunged

emphysema) سے ماؤف ہو، امتحان بعد الموت کے وقت سینہ کھولنے پر پھلتا نہیں، بلکہ وزن کے اندر سے باہر ابھرتا ہے۔ ایسا پھیپھڑا نرم اور بے لچک ہوتا ہے، اور انگی سے دبائے پر دب جاتا ہے ("pitting")۔ اُس کے مختلف حصوں میں، اور خاص کر اس کی اندر کی اور نیچے کی کوروں میں مٹریا ساری کے برابر بڑے چھالے نظر آسکتے ہیں، اور یہ شش غیر معمولی طور پر بھیکے رنگ کا اور خون سے معرّا اور دھتے دار (mottled) رمادی رنگ کا ہوتا ہے۔ تراشنے پر بڑے چھالے پھک جاتے ہیں۔ اور سارا عضو معمول کی نسبت زیادہ خشک نظر آتا ہے، باستثناء بعض حصوں کے، جیسے کہ قاعدے، جہاں ممکن ہے کہ پیچیدگی پیدا کرنے والے (complicating) شعبی التهاب یا اؤیمارہ چکے ہوں۔

147

ایک دوسری قسم خرد ششی نفاخ (small-lunged emphysema) معمر اشخاص میں ایک شیخوخی (senile) ذبولی تغیر کے طور پر واقع ہوتی ہے،

اس میں شش بڑا نہیں ہوتا، اور چھالوں کی تعداد زیادہ نہیں ہوتی۔ فاصلات مذبول ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جو فیزے باہر متحد ہو جاتے ہیں اور شش سکڑا ہوا، بے لچک، خشک، اور پھیکے رنگ کا ہو جاتا ہے، اور معمول کے نسبت کم کامل استغنی ساخت پیش کرتا ہے۔

پھیپھڑوں کے بعض حصوں، بالخصوص راسین، اگلے حاشیوں اور زیرین کوروں میں نفاخ کا نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ ہونا جینر (Jenner) کی رائے کے مطابق حب ذیل توجیہ رکھتا ہے:۔ جب ہوا سینہ میں زیادہ دباؤ کے تحت مجبوس ہوتی ہو، جیسا کہ کھانسنے وقت یا کوئی بڑی عضلی مشقت کرتے وقت، تو اندر سے ہوا کے دباؤ کے باعث سینہ کے وہی حصے باہر ابھر آئیں گے جنہیں گرد و پیش کی بافتوں کا سہارا ب سے کم حاصل ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ نفاخ کے علامات ابتداً صرف سانس کا پھول جانا ہے۔ کھانسی اور نفث جو عموماً موجود رہتے ہیں، ساتھ موجود رہنے والے شعبی التهاب کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ بہر (dyspnoea) ابتدائی درجوں میں بالخصوص مشقت کرنے یا زور لگانے (exertion) پر دیکھا جاتا ہے، جب کہ سانس تیز ہو جاتا ہے اور مریض ہانپنے لگتا ہے۔ ازاں بعد بہر ہمیشہ موجود ہو سکتا ہے، اور رات کے وقت انتصابی تنفس (orthopnoea) پیدا کر دیتا ہے۔ بہر کی بدترین شکلوں میں تنفس کے غیر معمولی عضلات ہمیشہ کام کرتے رہتے ہیں، ترقوی ہڈیاں اوپر اٹھی ہوتی ہیں، اور قصبی علی عضلات (sterno-mastoids) اور مختلف الاصلع عضلات (scaleni) ہر شہیق کے ساتھ کھڑے ہو کر جزری ہوا (tidal air) کو زیادہ کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ زفیر (expiration) لمبا، با مشقت (laboured)، اور عضلات شکم کی انتہائی مدد سے ہوتا ہے۔ طبیعی امارات متمیز ہوتے ہیں۔ سینہ چوڑا، سامنے سے پیچھے کے رخ میں گہرا، لیکن کوتاہ (short) ہوتا ہے۔ اس کی کلائی کی وجہ سے، اور اس وجہ سے کہ پیش پس قطر کی زیادتی اُسے عرضاً بیضوی کے نسبت زیادہ تر مدور شکل کا بنا دیتی ہے، سینہ اکثر پیپے کی شکل کا (barrel-shaped) کہلاتا ہے۔ شانے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ معمول کی نسبت بالائی پللیاں ایک

دوسرے سے زیادہ قریب تر اور زیریں پسلیاں ایک دوسرے سے زیادہ دُور ہوتی ہیں۔ اور شرائضی زاویہ نہایت مُنفَرَج (obtuse) ہوتا ہے اور اس کا ناپ ۱۰۵ درجہ یا زائد ہوتا ہے۔ پسلیوں کا ارتفاع، بھٹنی اور صدم القلب (heart's impulse) کے اضافی مقامات کو بدل دیتا ہے۔ بھٹنی اکثر پانچویں پسلی پر اور صدم القلب چھٹی فضا میں پایا جاتا ہے۔ سینہ کے جو حصے معمولاً گنگلی ہوتے ہیں اُن پر قَرَع کرنے سے غیر معمولی طور پر زیادہ گنگ حاصل ہوتی ہے اور جو رقبے معمولاً اصم (dull) ہوتے ہیں اُن پر گنگ کی توسیع ہو جاتی ہے۔ اس طرح کبدی اور قلبی اصمیت میں مداخلت ہو جاتی ہے اور وایاں شش نیچے کی طرف چھٹی فضا یا ساتویں پسلی تک گنگلی ہوتا ہے اور قلب کی اوپری اصمیت (superficial heart dullness) اکثر بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ استماع کرنے پر اصوات تنفس بہت کچھ گھٹے ہوئے ہوتے یا بمشکل سُنائی دیتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ جب بمزماں شمی شیخ ہو تو زفری خریر (expiratory murmur) بہت لمبا ہو جائے اور خرخرات (rhonchi) بھی سُنائی دے سکتے ہیں۔

پھیپھڑوں کی کلافی، دوسرے اعضاء سے متعلق اِمارات کو بھی متاثر کر دیتی ہے۔ چونکہ شش کا معمول کی نسبت ایک زیادہ بڑا حصہ قلب اور دیوار سینہ کے درمیان واقع ہوتا ہے، ممکن ہے کہ صدم القلب پانچویں فضا میں غیر محسوس ہو، اصوات قلب دھیمے (faint) ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ اتساع (dilatation) یا بیش پروردگی (hypertrophy) پوشیدہ ہو جائے۔

خرد ششی نفاخ میں سینہ اپنے خاکے میں زیادہ مدور ہوتا ہے لیکن بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ پھیپھڑے قلب کو نہیں ڈھانکتے اور قلب بیش پروردہ نہیں بلکہ مذبول ہوتا ہے۔ قرعی مُر (percussion note) بیش گنگلی ہوتا ہے اور ہتھیلی خرد کمزور ہوتا ہے، لیکن زفری لمبا نہیں ہوتا۔

دونوں قسموں میں شعبی التهاب کے خرخرات (rhonchi) اکثر موجود ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں اذیمیا کی وجہ سے پھیپھڑوں کے قاعدوں پر لُغَط (rales) ہوتے ہیں اور ساتھ ہی گھٹی ہوئی گنگ پائی جاتی ہے۔

پہچیدگیاں۔ مزمن شعبی التهاب اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، خواہ اس کے ساتھ تمدد الشعب ہو یا نہ ہو۔ معراشخص میں عموماً عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) اور اس کے علاوہ قلب کی بائیں جانب نیز دائیں جانب کی بیش پرورش اور اتساع موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ عام اذیماء بھی ہو۔ اکثر شریانی انحطاط (arterial degeneration) موجود ہوتا ہے جس کے ہمراہ شیخوخی شریانی تصلبی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی حالت پر صفحہ 255 پر زیادہ تفصیل کے ساتھ غور کیا گیا ہے۔ تشخیص - نفاخ کی شناخت کا انحصار گمگ کی متغیر نوعیت پر ہوتا ہے اور بالخصوص گمگ کی اس توسیع پر جو پیش قلبی رقبہ (præcordial area) پر اور نیچے کی طرف جگہ پر ہو جاتی ہے۔ خرد ششی قسم میں گمگ کی متغیر نوعیت اور تہرر خاص مظاہر ہوتے ہیں۔ رانجی شعاعیں یہ ظاہر کرتی ہیں کہ تندرستی کی حالت کی بہ نسبت پھیپھڑوں پر ایک زیادہ وسیع اور زیادہ روشن رقبہ اور ڈائفرام کا محل وقوع نسبتاً نیچے اور اس کے حرکات نسبتاً وسیع ہیں۔

148

انذار - حقیقی صحت یابی نہیں واقع ہوتی، صرف علامات میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ زندگی کی مدت کا انحصار تغیر کی وسعت، شعبی التهاب کے امکان اور عضلہ قلب کی حالت پر ہوتا ہے۔ بیشتر امواتوں میں آخری نتیجہ کئی سال کی مدت کے بعد رونما ہوتا ہے۔

علاج - اس کا منشاء یہ ہونا چاہئے کہ مریض کی عام صحت کی اصلاح کی جائے شعبی التهاب کی پیچیدگیوں کو تمام خطرات سے احتراز کیا جائے، اور جب یہ واقع ہو جائے تو ان میں تخفیف کی جائے۔ چنانچہ لازم ہے کہ مریض کو مغذی اور ہضم پذیر غذا دی جائے، اس کے ملبوسات مناسب ہوں، وہ گرم عمدہ ترویج دار کمروں میں رہے اور مشرقی ہواؤں اور شبانہ ہوا سے پرہیز کرے۔ مقویات جیسے کہ کاڈیوریل (روغن جگرماری)، لوہا اسٹریکینیا (strychnia) اور کونین (quinine) استعمال کئے جاتے ہیں۔ ضائع شدہ ٹھکانہ رافت کے نقصان کی تلافی کی کوششیں کی گئی ہیں۔ مثلاً گرہارٹ (Gerhardt) مشورہ دیتا ہے کہ سینہ کا میکانیکی چمکاؤ عمل میں

لا کر زفير (expiration) میں امداد پہنچائی جائے۔ اسے ایک دوسرا شخص سینہ کے زیریں حصہ پر اپنے ہاتھ روزانہ پانچ یا دس منٹ تک رکھ کر انجام دیتا ہے۔ ساتھ موجود رہنے والے شعبی التهاب کا علاج کرنا چاہئے۔ پکپکانی ہوئی ہوا (compressed air) کے ذریعہ علاج، جیسا کہ برآمدن کے شفاخانہ میں فولادی کوشک (steel chamber) میں کیا جاتا ہے، تہنق میں اندر لی ہوئی آکسیجن کے ارتکاز (concentration) کی زیادتی پر منحصر ہوتا ہے، اور یہ نفاخ میں مقید پایا گیا ہے، خاص کر اس وقت جب کہ التهاب شعبی موجود ہو۔ ایک آکسیجن کا خیمہ بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

ششوں کا ہبوط

(COLLAPSE OF THE LUNGS)

(عدم مقلد الریه - Atelectasis Pulmonum)

اُن پھیپھڑوں میں جو کبھی کامل طور پر نہ پھیلے ہوں (عدم مقلد = atelectasis) اور اُن پھیپھڑوں میں جو پھیلنے کے بعد جزوی طور پر پھر جنینی حالت میں آگئے ہوں (ہبوط) اکثر تفریق کی جاتی ہے۔ عدم مقلد (atelectasis) پیدا نشی ہوتا ہے اور نہایت کمزور بچوں میں دیکھا جاتا ہے، جن کے تنفسی حرکات ہوا کی ضروری مقدار کو اندر کھینچنے کے لئے ناکافی ہوتے ہیں۔ وہ اس وجہ سے اور بھی زیادہ آسانی کے ساتھ واقع ہو جاتا ہے کہ پیدائش کے وقت پھیپھڑے جسم سے خارج ہونے پر تقریباً اُسی جسامت کے پائے جاتے ہیں جو کہنہ صدر کی ہوتی ہے، اور اس وجہ سے اُن میں ہوا کے جبیری اُوخال کے لئے کوئی امتصاصی طاقت (suction power) موجود نہیں ہوتی، جیسی کہ مابعد زندگی میں ہوتی ہے، جب کہ پھیپھڑے کہنہ صدر کی مثبت چھوٹے ہوتے ہیں۔ ہبوط (collapse) ایک اکتسابی حالت ہے، جو پھیپھڑوں میں ہوا کا داخلہ نہ ہونے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ امور ذیل کا نتیجہ ہوتی ہے: — (۱) ہوائی راستوں سے ہوا کے داخلہ میں تصدوq ہونا، (۲) شش کا باہر سے دب جانا۔

یہ ڈایا فرام کے شلل کا نتیجہ نہیں ہوتی، کیونکہ یہ ڈایا فراہمی عصب کے قلع کے بعد کبھی پیدا نہیں ہوتی۔

(۱) تسلسل اس طرح پیدا ہو سکتا ہے:۔ لوزٹین کی مزمن کلانی، اور انفی بلوم (nasopharynx) میں غدودہ کی بالیدگی سے، اور نسبت بہت زیادہ اکثر شعبی التهاب کے لزج، مخاطی، یا یری افراز سے، بالخصوص بچوں میں اور شعبی ذات الرت کے ایک جزو کے طور پر، اور زیادہ معمر اشخاص میں شعبہ کے اس تضیق سے جو نو مایہ (neoplasm) کے باعث یا انورسما سے یا پہلے بیان کئے ہوئے دوسرے اسباب میں سے کسی سبب کی وجہ سے واقع ہو جائے۔

(۲) انضغاط (compression) کے اسباب متعدد ہیں:۔ خو سینہ کے اندر وہ بیشتر اوقات پلیورائی انصباب کے باعث ہوتا ہے، لیکن کلانی قلب، گرد قلبی انصباب، واسطی سلمات، اور طئی کے انورسماؤں، اور ریڑھ کے زاویائی انحناء (angular curvature) (تسبی التواء = kypho-scoliosis) کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ شکم میں جگر کی بالائی سطح سے بڑھنے والے سلمات، بالخصوص کیسیات (hydatids) خراج اور نو مایہ تحت ڈانفرامی خراجات، طحال کے کیسیہ استقائی زقی سیال، اور بیضی سلمات کے دباؤ کے باعث ہو سکتا ہے۔

(۳) سینہ کے اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے زخموں میں ایک پورے شش کا کھلی ہبوط (massive collapse) واقع ہو سکتا ہے۔ اس کی شرط نہیں کہ زخم کھنہ سینہ کے اندر چھید کرے، اور زخم سے مقابل جانب کا شش ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس حالت کے ساتھ ممکن ہے صدر دمویت (hæmothorax) موجود ہو یا نہ ہو۔ کھلی ہبوط کا حادثہ شکمی حالتوں کے نتیجہ کے بعد واقع ہونا شاذ نہیں۔ اب اس کی وجہ یہ خیال کی جاتی ہے کہ زیادہ تر نبقہ ریویہ قسم چہام کے ذریعہ پیدائش التهابی حاصلات شعبی انوبات کو مدد کر دیتے ہیں (49)۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہوا جو فیروں میں سے جذب ہو جاتی ہے، اور ہبوط رونما ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ ایک ہبوطی حالت یا عدم تمد (atelectasis) والا شش

نبشتی یا سیاہ ارغوانی رمادی رنگ کا ہوتا ہے، اور تراشنے پر وہ لوجدار رہے ہوا اور خشک ہوتا ہے۔ منفصل چکٹیاں عام سطح سے قدرے نیچے بیٹھی ہوئی نظر آتی ہیں۔ مابوقتیکہ بعد میں ان میں التهاب رونما نہ ہو گیا ہو اسے زور سے منتفخ کرنے پر یہ پھر پھیلائی جاسکتی ہیں۔

علامات - پیدائشی عدم تمدد (congenital atelectasis) میں جب کمزور اور کم و بیش کبود ہوتا ہے، اور اس کی سانس تیز اور اٹھتی اور رونما کمزوری کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہر شہیتی کے ساتھ سینہ کا زیریں حصہ اندر کھینچ جاتا ہے، اور بین الاضلاع فضا میں اندر دھکی جاتی ہیں۔ امتحان کرنے پر ممکن ہے کہ قاعدوں پر گمک کی تھوڑی کمی اور کبھی کبھی کچھ لفظات (râles) ظاہر ہوں، لیکن خاص طبعی امارت اصوات تنفس کی کمزوری (feebleness) ہے۔ شعی التهاب کا ہبوط شادی اتمانہ کافی وسیع ہوتا ہے کہ استماع سے ظاہر ہو جائے، اور اس کی توزیع لمختگی اور منتشر ہوتی ہے۔

جب ہبوط زیادہ وسیع اور یکسانیت کے ساتھ ہوتا ہے تو طبعی امارات سے اس کے مختلف درجات شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ شش کے عارضی عدم استعمال سے جو ابتدائی ذات الجنب کی وجہ سے ہو، یا طویل طہری افتادگی (dorsal decubitus) سے ہو، قاعدوں پر ایک نہایت خفیف درجہ کا ہبوط پیدا ہو سکتا ہے۔ شش کے ماؤف رقبہ پر استماع کرنے سے صوت تنفس نہایت کمزور ہوتی ہے۔ اگر مریض گہری سانس لیتا ہے تو زیادہ بلند حویصلی خسیر (vesicular murmur) اور اس کے اختتام پر باریک تکتکات (fine crepitations) ہوتے ہیں جو ان ہوائی حویصلہ کے تازہ پھیلنے کی وجہ سے ہوتے ہیں جو ہمز ہبوط ہوئے۔ شعی تسد کے باعث واقع ہونے والے ہبوط کے طبعی امارات ابھی ہلکا ہو چکے ہیں۔ ریال وغیرہ سے پچکاؤ ہونے کی حالت میں ابتدائی امارات یہ ہو سکتے ہیں :- اصیت (dulness)، گمٹا ہوا لمسی ارتعاش اور یا تو گھٹے ہوئے یا خفیف طور پر شعی اصوات تنفس۔ کامل ہبوط کی حالت میں طبعی امارات حسب ذیل ہوتے ہیں :- کامل اصیت (absolute dulness)، اصوات تنفس، اور لمسی ارتعاش، کا غمہ موجودگی۔

اُس کُلی بہوٹ (massive collapse) کی حالت میں جو زخموں کے باعث دیوارِ سینہ کی باز کشیدگی (retraction) کے ہمراہ پایا جائے، اِصمیت موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اصوات تنفس کم اور لمبی ارتعاش غیر موجود ہو، لیکن ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ بجائے اس کے بلند شعبی تنفسی اور بڑھا ہوا منسی ارتعاش موجود ہو۔ دیوارِ سینہ باز کشیدہ، بین الاضلاع فضا میں اندر دبی ہوئی (depressed)، ڈانفرام اوپر اٹھا ہوا اور غیر متحرک، اور قلب ماؤف جانب کے طرف کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ جب ماؤف جانب پر صدر دمویٹ (hæmothorax) موجود ہوتی ہے، تو اگرچہ کہ دیوارِ سینہ باز کشیدہ ہوتی ہے، ممکن ہے کہ قلب تندرست جانب کی طرف کھنچا ہوا ہو۔ یہ واقعہ زور کے ساتھ اس امر کی تائید کرتا ہے کہ اولی سبب دیوارِ سینہ کا شل ہے، کیونکہ آنزالڈ کرامبات میں یہ قائم رہتا ہے گو اسی جانب پر سینہ کے اندر کا دباؤ صدر دمویٹ کی وجہ سے بڑھ گیا ہو۔ جراحی اعمال کے بعد کُلی بہوٹ اُس سے زیادہ عام ہے جتنا کہ عموماً سمجھا جاتا ہے۔ غالباً طبیعی امارات کی وجہ سے یہ اصابتیں اکثر ذات الریہ کے طور پر تشخیص ہو جاتی ہیں۔

علامات یہ ہیں :- بہر، لیکن جب مریض آرام کی حالت میں ہو تو یہ خفیف ہوتا ہے، زراق، اور بعض اوقات درد۔

علاج - آکسیجن، معہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے یا اس کے بغیر جو مہیج تنفس کے طور پر استعمال کیا جاتی ہے کُلی بہوٹ کے لئے صحیح علاج ہے، اور فوژائیڈ کے عدم تمدد میں اس سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، گو کہ ساتھ ہی مصنوعی تنفس کا کوئی نہ کوئی طریقہ بھی ضروری ہوتا ہے (49)۔ ایلٹیٹ اور ڈنکے نے سفارش کی ہے کہ منقوش ادویہ (expectorant medicines) پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے ہمراہ دینی چاہئیں، نیز یہ کہ حتی الامکان تمام شکلی بندشوں (abdominal bandages) کو ڈھیلا کر دینا چاہئے، اور یہ کہ مریض کو ہر گھنٹہ میں پانچ منٹ کے لئے کامل شہیتی ساعی (full inspiratory efforts) جو بالخصوص شکلی طرز کی ہون عمل میں لانے کی ترغیب دینی چاہئے۔ شہی تد کو شعبہ بینی کے ذریعہ دھکیلا جاسکتا ہے۔

اُذیمائے شش

(CEDEMA OF THE LUNGS)

بحث اسباب - امتحانات بعد الموت کی غالب تعداد میں پھیپھڑوں کا اُذیمائے کسی نہ کسی حد تک پایا جاتا ہے، بالخصوص جہاں مریض مرنے سے پہلے کچھ مہرہ تک بستر پر لیٹا رہا ہو۔ اسی وجہ سے وہ ششوں کے قاعدہ پر اور پچھلے کناروں پر نہایت نمایاں ہوتا ہے (رکودی اذیماء = hypostatic cedema)۔ علاوہ انہیں وہ بعض امراض سے بالخصوص پیدا ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے، جو یہ ہیں :-
عضلہ قلب کا مرض (myocardial disease) - قلب کا مصرعی مرض (valvular disease) اور خاص کر اُورطی بازروی (aortic regurgitation) جس میں وہ حاو طور پر اس طرح پیدا ہو سکتا ہے کہ بائیں بطن کا سرعت فشل ہو جاتا ہے لیکن دایاں بطن پھیپھڑوں کے اندر خون پسپ کرتا رہتا ہے۔ آب دموی الہتہاب گروہ (hydræmic nephritis) - حادثات الریوی اعمال کے ساتھ عموماً ایک الہتہابی اُذیماء واقع ہوتا ہے۔ اغتصامی (suffocative) زہریلی گیس پھیپھڑوں کا اُذیماء پیدا کر دیتی ہیں۔

مرضی تشریح - اُذیماء سے ماؤف شدہ شش حجم دار (bulky) اور بجا ہوتا ہے، اور جب اس میں شگاف دیا جائے تو اس میں سے کسی قدر خون کے رنگ کے جھاگ دار مصل سیال کا ارتشاح بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔
علامات - ممکن ہے کہ سینہ ابتداءً گمکی ہو، لیکن بعد میں وہ پیچھے قاعدوں کے مقام پر قریبی آواز کی کیفیت (impairment) ظاہر کرتا ہے۔ یہاں اصوات تنفس لمبی کیے ساتھ (deficient) ہوتے ہیں، اور صرف باریک اور اوسط درجہ کے وافر لفظات سنائی دیتے ہیں۔ حاو مہرہ (حاد اغتصامی اُذیماء = acute suffocative cedema) میں مریض پر یکایک زفری ٹہر اور انتصابی تنفس یا کھڑکھڑاہٹ دار تنفس طاری ہو جاتا ہے، جو کہ ممکن ہے ایک محاذ میکانیہ ہو۔ شہیقات (inspirations) قحطی الوسع بہت ہی چھوٹے ہو جاتے ہیں کیونکہ دباؤ کے

کم ہو جانے سے اذیمیا کی تکوین کو مدد ملتی ہے۔ اس کے خلاف منقبض شدہ شعیبات کی مزاحمت کے خلاف اطالت پذیر زفیرات کا وقوع (ربوئی نفس = asthmatic breathing) ششوں میں دباؤں کو بڑھاتا ہے۔ چنانچہ اس اصول سے علاج میں فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ دیگر علامات یہ ہیں بے چینی، دم گھٹنے کا احساس کم و بیش زراق، چھوٹی اور سریع نفس اور بے رنگ یا خون آلود جھاگہ دار آبی سیال کی بہت بڑی مقدار کا نفث۔ ممکن ہے کہ یہ حالت جلد ہلاکت پیدا کر دے یا چند گھنٹوں میں رفع ہو جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ چند روز گزرنے تک کوئی نفث نہ ہو اور فی الحقیقت بعض سریع ہلک اصابتوں میں تو نفث بالکل نہیں ہوتا۔ ذات الریہ کے آخری اذیمیا میں تو اس سارے شش پر جواب تک تندرست تحفاتیات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ حالیہ تجربی شہادت سے یہ معلوم ہوا ہے کہ ممر اشخاص میں جو رات کے وقت سانس پھولنے کے حملے یا دوری بہر واقع ہوتا ہے (حوالہ ملاحظہ ہو) بعض اوقات اس کی وجہ حاد ربوئی اذیمیا ہوتا ہے (49)۔

تشخیص۔ ایسے شخص میں جو اپنا معمولی پیشہ انجم دے رہا ہو یکایک طاری ہو جانے والے حاد ربوئی اذیمیا کو اکیلی علیقلیت (coronary thrombosis) سے متفرق کرنا چاہئے، کہ جس میں درود شدت سے ہوتا ہے۔ اس کو ربوئی سداویت (pulmonary embolism) سے بھی متفرق کرنا چاہئے، جس میں نفث بعد میں ہوتا ہے اور نفث میں زیادہ خون پایا جاتا ہے۔

علاج۔ اگر مرنے، دورانِ اصل رکھتا ہو تو پلیش (Plesch) کے بتائے ہوئے آلہ سے کام لینا چاہئے۔ اصول یہ ہے کہ ششوں کے اندر کی طرف ایک ایسا مثبت دباؤ ڈالا جائے کہ دائیں بطن کی بیش فعالیت رک جائے۔ ہوا ایک موٹر نکلے کے ذریعہ ایک چست بیٹھنے والے نقاب میں پہنچائی جاتی ہے اور یہ ایک مزاحمت میں سے ہو کر بیرونی ہوا کی طرف نکل جاتی ہے (49)۔ مصنف ہذا اب ایک الیکٹرو لکس (electrolux) منطخ استعمال کرتا ہے، جس میں نقاب کے قریب چپکا ہوا ایک آبی داب پیم (water manometer) ہوتا ہے جو کہ دباؤ ظاہر کرتا ہے اور دباؤ پانی کی تین یا چار انچیں ہونا چاہئے۔ آکسیجن کے خیمہ سے بھی

نہایت مہرگز، درہ قنارج حاصل ہوئے ہیں۔ نہایت ہی حاد و صابوتوں میں قصہ
(venesection) آزمانی چاہئے۔

ذات الریہ

(PNEUMONIA)

شعبی انبوبات کے التهاب کے برعکس، جرم شش کے التهاب کو ذات الریہ کہتے ہیں۔ جب یہ ایک حاد مرض کی شکل میں ہو تو یہ ہوائی حوصلات کے اندر التهابی حاصلات کا ارتشاح (exudation) پیدا کر کے تجمد (consolidation) پیدا کر دیتا ہے، اور یہ التهابی حاصلات دوران شفا یابی میں عموماً جذب ہو جاتے ہیں۔ جب یہ مزمن شکل میں ہو تو یہ خشکی بافت کو ایک کثیف لیغی بافت میں بدل دیتا ہے، اور یہ تبدیلی شکل مستقل ہوتی ہے۔ حاد ذات الریہ کی دو تمثیلی قسمیں خاص ذیل کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے تمیز کی جاسکتی ہیں: — لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن بالغوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے، شش کے بڑے حصوں کو ایک ہی وقت میں ماؤف کرتا ہے، اور ایک نوعی ماری مرض کے تمام خصائص رکھتا ہے، چنانچہ اس کی مدت محدود، شفا یابی سریع، اور بعض اوقات پھیلاؤ و بائی صورت میں ہوتا ہے۔ شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) خاص کر شیرخواروں، بچوں، اور بوڑھوں کو متاثر کرتا ہے، شش کے متعدد چھوٹے چھوٹے رقبوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس کا ممر اور طریقہائے آغاز و اختتام نسبت بہت کم متعین ہوتے ہیں۔

تجربہ، خرگوشوں (rabbits) میں ایک بڑے شعبے کے اندر مختلف قثبیت کے (قسم اول اور قسم ہمارم کے) نبقات ریویہ کی کاشتوں کا نفوخ (insufflation) کرنے سے ذات الریہ کا مرض پیدا کر لیا گیا ہے۔ جب قثبیت کم ہوتی ہے تو نبقات ریویہ ایسے جو فیزی نظامات (alveolar systems) میں محصور ہو جاتے یا کھینچ آتے ہیں جو بڑے شعبات کی دیواروں میں سے براہ راست

باہر نکلتے ہیں، اور شعبی ذات الریہ اور اس کے ساتھ جو فیزی دروں علمی خلیوں کا تکاثر (proliferation) پیدا ہو جاتا ہے۔ جب قشیت زیادہ ہو تو یہ نبقات بہ سرعت زیادہ ہو کر شش کی بافت کے اندر پھیل جاتے، اور نختکی ذات الریہ (lobular pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، اور اگر قشیت اور زیادہ ہو تو نختی ذات الریہ (lobar pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، جس کے ساتھ ایک کثیر الاشکال نواتی تعامل (polymorphonuclear reaction) اور بعض اوقات ایک مہلک الہتاپ عروق لمفائیہ (lymphangitis) رونما ہوتا ہے۔ اگر معتاد حد سے زیادہ بڑی ہو تو ممکن ہے کہ نبقات پھیورائی سطح میں سے آہ پار گذر کر پھیل جائیں اور ذات الجنب بالانصباب (pleurisy with effusion) اور الہتاپ سہامور (pericarditis) پیدا کر دیں۔ شدید ترین قشیت ہو تو ایک سریع مہلک عفونۃ الدموی (septicæmic) حملہ واقع ہو جاتا ہے جب کہ پھیپھڑے صرف ایک چلتی دار مصلی ارتشاح اور متعشر (desquamating) جو فیزی خلیات اور چھوٹے چھوٹے نزفات، بلا کسی کثیر الاشکال نواتی تعامل کے ظاہر کرتے ہیں اور یہ مناظر ویسے ہی ہوتے ہیں جو مدارس میں نہایت مہلک وباؤں میں مشاہدے میں آتے ہیں۔ ابتدائی دو یا تین دنوں میں اکثر مثبت دموی کاشتیں (positive blood cultures) حاصل ہوتی ہیں، لیکن بعد میں نہیں ہوتیں۔ اور یہ پایا گیا ہے کہ نبقات سپید جسامات کے اندر ہوتے ہیں، اور صرف مہلک عفونۃ الدم کی حالتوں میں آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کسی نوعی بخار، مثلاً دماغی نغماخی بخار (cerebrospinal fever) یا تپ محرقہ کی ابتداء میں مثبت دموی کاشت کا موجود ہونا یہ ثابت نہیں کر سکتا کہ وہ سرایت اولی طور پر خون (blood born) ہے۔ اس سے صرف یہی مراد ہو سکتی ہے کہ اس ابتدائی زمانہ میں جبکہ جراثیم ایک خاص مرکز مرض (focus) میں بہ سرعت تکاثر کر رہے ہیں، خلیات آکلہ آزاد ہو کر جوئے خون کے اندر نکل آئے ہیں، اور انتقالی مرکز (metastatic foci) جیسے کہ ”کلابی معبوں“ (”rose-spots“) کے متعلق صرف یہ ہے کہ یہ وہ مقامات ہیں جہاں یہ دورانی خلیات آکلہ (circulating phagocytes) گرفتار

ہو کر روک لئے گئے ہیں (9)۔ ان مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہر قسم کا ذات الریہ اس سرایت کا نتیجہ ہے جو ہوائی راستوں میں سے واقع ہوتی ہے اور یہ اب عام طور پر تسلیم کر لیا جاتا ہے۔ اس امر کی شہادت پیش کی گئی ہے کہ اولیٰ ضرر بڑے شعبوں کے محکمہ کی ڈالوں سے مسدود ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، اور چونکہ یہ ڈالیں بفقہ ریویہ کی صورت میں اس سے زیادہ لزج ہوتی ہیں کہ جتنی بفقہ سبجی کی صورت میں لہذا آخر الذکر سے شعبی ذات الریہ پیدا ہوتا ہے۔ لختی ذات الریہ میں لاشعاعی سایے (صفحہ نمبر ۳) ایک مغممہ (infarct) کی مانند نہایت ہوتے ہیں۔ متاثرہ طرف کا ڈائفرام اوپر کواٹھا ہوا ہوتا ہے۔ قلب مقابل کی طرف کبھی ہٹا ہوا نہیں ہوتا۔ قشبی نبقات ریوی محیطی طور پر شش میں پھیل جاتے ہیں۔ لیکن اگر غیر قشبی قسم چہارم موجود ہو تو ذات الریہ کی بجائے کلی مہبوط ہو جاتا ہے۔ اس نظریہ کی تائید میں بہت سی شہادت پیش کی گئی ہے (49)۔

لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) (نبقی ریوی)

(croupous pneumonia) (کروپی ذات الریہ)

بحث اسباب۔ یہ مرض دونوں جنسوں میں ہوتا ہے، لیکن عورتوں کی نسبت مردوں میں دو گنا عام ہے، اور دونوں جنسوں کے درمیان جو فرق ہے وہ نہایت نوع اور عمر اشخاص میں کمترین ہوتا ہے۔ نیز یہ شیرخواری سے لے کر بڑھاپے تک زندگی کے تمام زمانوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن بالوں میں ادھیڑ عمر تک زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ یہ گرام اور فصل خزاں کی نسبت سارا اور فصل بہار میں بہت زیادہ اکثر دیکھا جاتا ہے، جبکہ تپش میں ناگہانی تغیرات ہوتے رہتے ہیں، جبکہ ہوائیں مشرقی یا شمال مشرقی ہوتی ہیں، یا جب کہ موسم مرطوب یا سرد ہوتا ہے۔ عادات اور پیشے جو تکشف (exposure) کا موقع پیدا کرتے ہیں ذات الریہ کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ بے اعتدالی کی عادتیں (کثرت شراب نوشی وغیرہ) بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہیں، اور اس کی ہلاکت کو بہت زیادہ کر دیتی ہیں۔ ایک حملہ دوسرے حملہ سے مازمون نہیں کرتا، بلکہ یہاں تک

کہتے ہیں کہ ذات الریہ ایک ہی مریض میں پندرہ یا بیس بار ہوا ہے، تاہم دو حملوں سے زیادہ نہایت غیر معمولی ہیں۔

برودت یا سردی کا لگنا اکثر ایک تعینی واقعہ (determining event) ثابت ہوتا ہے اور با اوقات ایک سابق الوجود نفسی نازت کی سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ اس میں شک نہیں معلوم ہوتا کہ بعض مثالوں میں راست تعدیہ (direct contagion) یقیناً ہوتا ہے، اور ایسی بہت سی مثالیں درج ہوئی ہیں جن میں ذات الریہ دیہات، بڑی عمارتوں، یا گھرانوں میں بالکل ایک وبائی بخار کی طرح سرعت کے ساتھ پھیل گیا ہے۔ لہٰذا ذات الریہ بعض دوسرے امراض اور بالخصوص مطرانی مرض (mitral disease)، حاد الہتہاب گردہ (acute nephritis)، ذیابیطس، اور بعض امراض ساریہ (جن میں انفلوئنزا شامل ہے)، کی پیچیدگی یا نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن تدرن کی پیچیدگی کے طور پر اس کا ہونا شاذ ہے۔ بعض اوقات ضربی ذات الریہ (traumatic pneumonia) سینہ پر چوٹ لگنے سے ہو جاتا ہے، بشرطیکہ متضرر شش ثانوی سرایت سے متاثر ہو جائے۔ ذات الریہ میں اولی مقام سرایت شش میں ہوتا ہے۔ بنقد ساریویدہ پیمپھڑوں اور سابق میں اور شدید امابتوں میں شاد شش سے نکل کر خون کے اندر پایا جاتا ہے، لہٰذا یہ جرثومہ دمویت بمشکل ایک عفونت الدم (septicæmia) کہلا سکتی ہے۔ بنقد ریویہ کی چار قسمیں پہلے بیان ہو چکی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 56)۔

مرضی تشریح۔ نفی ریوی ذات الریہ میں ماؤف شدہ شش کا کچھ حصہ تبدیل ہو کر اس کی استغنی ساخت ایک مٹھوس تودہ بن جاتی ہے۔ ابتدائی ترین یا پہلے درجہ میں جو کہ امتلا یا احتقان کا ہوتا ہے، شش بھاری اور سرخی مائل مجور سے رنگ کا ہو جاتا ہے، اسے دبائے سے اس میں سے ایک جماک داز سرخی مائل مصل مترشح ہوتا ہے، اور شش اس سے زیادہ آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے کہ جس آسیانی سے تندرستی میں ٹوٹتا ہے یہ عروق شریہ خون سے متمد ہونے کی وجہ سے متع اور پچاں (tortuous) ہوتے ہیں اور

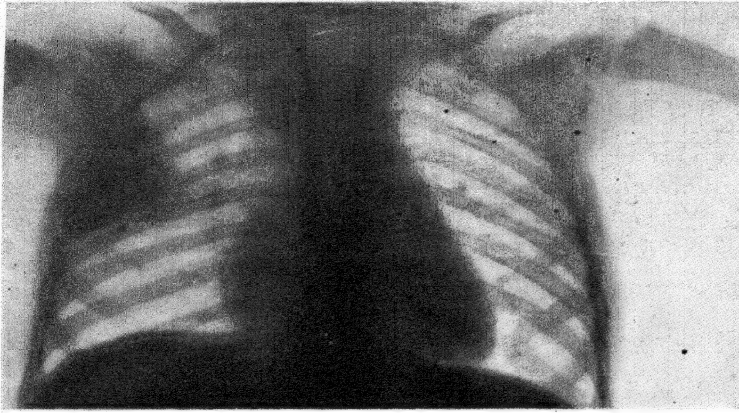
مکن ہے کہ دقیق نزفات موجود ہوں۔ دوسرے درجہ میں جسے متجزئ شش کے جگر سے مشابہ ہونے کی وجہ سے سرخ تکتبد (red hepatisation) کا درجہ کہتے ہیں، شش پھیکے سرخ رنگ کا، تراشنے پر باریک طور پر ذراتی، بالکل بے ہوا اور ٹھوس ہوتا ہے اور پانی میں ڈوب جاتا، لیکن انھکی سے دبانے پر آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے۔ جو فیزے باریک ذراتی تودوں میں علیحدہ کئے جاسکتے ہیں، اور ان کے اندر فائبرین (fibrin) اور خون کے کچھ سرخ جسامات اور سپید خلیات نظر آتے ہیں۔ دراصل ہوا یہ ہے کہ عروق شعریہ میں سے مترشح ہونے والے سیال سے جو فیزی دیواریں استفادہ ہوتی ہیں کہ دروں حلیم خلیات ٹوٹ گئے ہیں، اور ہوائی فضائیں سیال سے بھر پور ہو گئی ہیں اور سیال جم گیا ہے (42)۔

تیسرا درجہ بھی، جو رمادی تکتبد (grey hepatisation) کا ہے اپنے ٹھوس پن (solidity) کی وجہ سے ممتاز ہوتا ہے، لیکن اس میں رنگ رمادی مائل زرد یا صرف رمادی ہوتا ہے، اور اس میں سطح اس کی نسبت کم ذراتی ہوتی ہے کہ جتنی درجہ سرخ میں ہوتی ہے۔ خوردبین سے دیکھنے پر یہ درجہ آخر الذکر درجہ سے اس میں اختلاف رکھتا ہے کہ ہوائی خلیے اور جو فیزی دیواریں سپید خلیات سے پٹی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن فائبرینی ارتشاح (exudation) اور مرخ جسامات بہت کم مقدار میں ہوتے ہیں۔ رنگ کا متغیر ہونا جو فیزوں میں سپید خلیات کی موجودگی کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ایک چوتھا درجہ بھی جو ریچی در ریز شش (purulent infiltration) کا ہوتا ہے، بیان کیا جاتا ہے۔ لیکن یہ محض رمادی تکتبد کی ایک انتہائی حالت ہے۔ اس میں شش نسبتاً زیادہ نرم اور زردی مائل رنگ کا ہو جاتا ہے، اور اسے کھرچنے یا دبانے سے اس میں سے ایکسڈرڈ ری سیال نکلتا ہے۔ یہ سیال ہوائی خلیات میں بھری ہوئی در ریز شش کے ٹکڑے بنتا ہے، اور اس میں سپید جسامات، شحمی اور ذراتی ہو جاتے ہیں۔ لیکن ایک حقیقی خراج، جو مثیلی حاو ذات الریہ کا نتیجہ ہو، نہایت شاذ ہوتا ہے۔ یہ مشکوک ہے کہ شفا یاب ہو جانے والی اصابتوں میں ریچی در ریز شش کے درجہ کی نوبت آتی ہے یا نہیں۔ یہ سچ ہے کہ شفا یابی، یا انحلال (resolution)

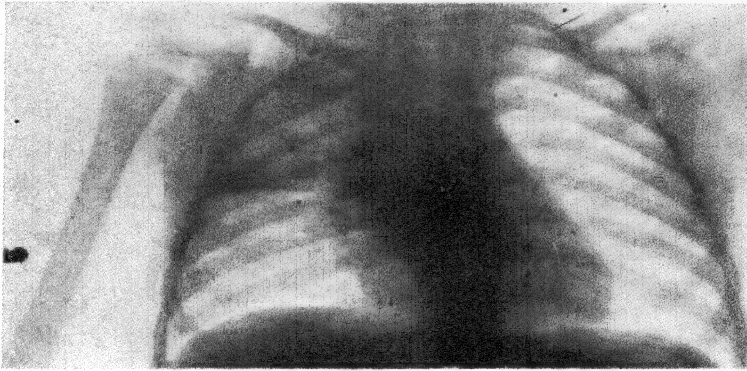
کے ساتھ بعض اوقات ایسے طبیعی امارات (تنگ تکیہ دراحعہ = redux crepitation) پائے جاتے ہیں جو ظاہر کرتے ہیں کہ ارتشاح نرم ہو کر سیال بن رہا ہے۔ لیکن بہت سے مریض بلا ایسے کسی منظر کے اچھے ہو جاتے ہیں اور اُن میں اتنا کم نفث ہوتا ہے کہ اُن کے ارتشاح کے غائب ہو جانے کی توہم صرف یہ ہو سکتی ہے کہ وہ عروق لمفائیہ سے براہ راست جذب ہو گیا ہے۔ صرف چند ہی اصابتوں میں بساق کی مقدار بڑی ہوتی ہے۔ اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد ایسی ہوتی ہے کہ جن میں جرمشش کے التهاب کے ساتھ حادثات الجنب (acute pleurisy) بھی موجود ہوتا ہے اور اس دو گونہ ضرر کو ذات الجنبی ذات الریہ (pleuro-pneumonia) کہہ سکتے ہیں۔ لیکن یہ نام عام طور پر نہیں استعمال کیا جاتا، الا اُن اصابتوں کے لئے کہ جن میں ذات الجنب سریر یاتی لحاظ سے ایک نمایاں منظر ہو۔

تعیین المقام (localisation)۔ بنقی رئوی ذات الریہ تقریباً ہمیشہ جزئی ہوتا ہے، اور اس کے نسبت زیادہ اکثر قاعدے کو اور بائیں شش کی نسبت کسی قدر زیادہ اکثر دائیں شش کو ماؤف کرتا ہے۔ لاشعاعی امتحان بالعموم تغیر پذیر جماعت کا ایک فائدہ مناسب ظاہر کرتا ہے (معنف نمبر ۳ 'ب' ج) اور بچوں کی صورت میں یہ مدت سے تسلیم کیا گیا ہے (33)۔ گاہے یہ سایہ دیوار صدر کے متوازی محیط میں ایک بند کی صورت اختیار کرتا ہے۔ ممکن ہے بغیر کسی طبیعی امارت کے در ریزشش موجود ہو۔ سایہ بعض اوقات فوق تدن (epituberculosis) کی مشابہت اختیار کرتا ہے، لیکن نسبتاً زیادہ سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات دونوں شش ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مرض عموماً ایک شش میں دوسرے سے پہلے شروع ہوتا ہے۔

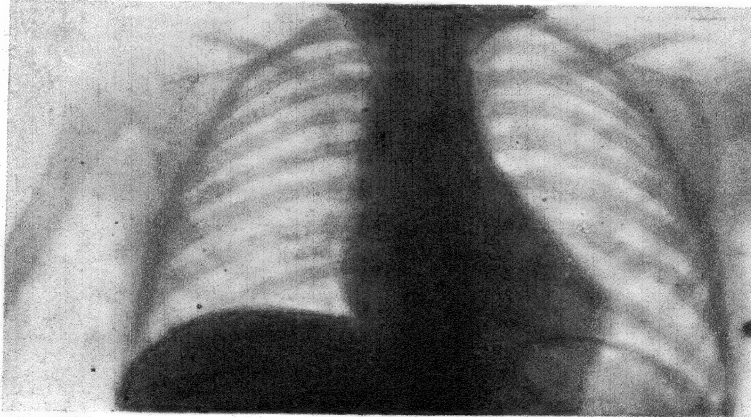
علامات اور طبیعی امارات۔ پھلاد رجہ۔ بالغ اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں مرض کی پہلی واضح امارت یہ ہے کہ ایک تشعیرہ (rigor) یا لرزہ ہوتا ہے (۶۹) تپش ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک چڑھ جاتی ہے اور نہایت لمبے توہین کے اندر درج کردہ اردو اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ فوجی پانیوں کی نختی ذات الریہ کی



الف



ب



ج

لحقی ذات الریه میں فائے نمادریزش اور اس کا تذریجی اشغال۔ (الف) ۹ جولائی ۱۹۳۳ء -
 (ب) ۱۳ جولائی ۱۹۳۳ء - (ج) ۱۹ جولائی ۱۹۳۳ء - یہ ڈاکٹر مچ کامریض تھا۔ (شعاع
 نداشتیں مسٹر لنڈ سے لاک کی بنائی ہوئی ہیں)

153

نمایاں ارتفاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے جس کے ساتھ کسمندی (malaise) عدم اشتہا، تھکے (۳۳) فرد ازبان، اور بعض اصابتوں میں لبوں پر نملہ (herpes) کا ایک ثوران (eruption) ہوتا ہے (۱۷) جو ایک اچھی امارت سمجھی جاتی ہے۔ بچوں میں اکثر تشنجات (convulsions) ہو جاتے ہیں، لیکن قشریہ راست غیر عام ہیں۔ ممکن ہے کہ علامات ابتداء مبہم سے ہوں، اور شاید ان کے ساتھ دروسر (۳۵، ۶) یا سارے بدن میں پھیلا ہوا درد (pains all over) (۹) ہو یا سشش کی ماؤفیت پھولے ہوئے سانس (shortness of breath) سے ظاہر ہو اور ہلو میں شدید درد (۶۰) ہو جو ذات الجنب سے منسوب ہو سکتا ہے۔ اس ابتدائی زمانہ میں ممکن ہے کہ استماع سے کوئی چیز شناخت نہ ہو لیکن بعض اوقات ایک باریک خشک تکتک (crepitation) سنائی دیتا ہے جس کا مقابلہ اس آواز سے کیا گیا ہے جو کان کے قریب بالوں کی ایک لٹ کو اٹھکی اور انگوٹھے کے درمیان مسکنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تکتک بیشتر ایک گہری سانس کے اختتام پر لیکن بعض اوقات سارے دوران شہیق میں سنائی دیتا ہے، اور اس کی توجیہ یہ کی جاتی ہے کہ یہ جو فیروں کی دیواروں کے علاوہ ہونے سے پیدا ہوتا ہے جو غیر قدرتی طور پر چسپکنی (adhesive) ہو جاتی ہیں۔ اس سے زیادہ کثرت کیساتھ ایک غیر طبعی صورت حالات کی ابتدا اس طرح ہوتی ہے کہ اس رقبہ پر جو بعد میں درجہ دوم یعنی تجمد کے امارات ظاہر کرتا ہے، حوصلی خیر کی نمایاں کمی یا عدم موجودگی واقع ہو جاتی ہے۔ قریبی آواز (percussion note) اب بھی غیر متبدل یا معمول کی نسبت صرف کسی قدر کم لگی ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں قرع پر ایک طبعی آواز حاصل ہوتی ہے۔ اس کے ظہور کا امکان اس وقت ہوتا ہے جب کہ ذات الریہ بھی عمل ابتداء مرکزی ہو، جس کے نتیجے کے طور پر گرد و پیش کے سشش کا ارتخاء (relaxation) ہو جاتا ہے یعنی وہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے

(بقیہ حاشیہ منہ گذشتہ) ۵۵۸ اصابتوں میں جو کہ ۱۹۱۵ء تا ۱۹۱۷ء بمقام آلڈرشاٹ (Aldershot) رونما ہوئیں کتنی فی صدی میں یہ علامات واقع ہوئیں (25) -

(جیسے کہ اسکو ڈیائی لگک میں)۔

اتنے ابتدائی زمانہ میں بھی خفیف سی کھانسی اور اس کے ہمراہ ممیتز نہ لگ آلود بُساق (rusty sputum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بُساق ایک شفاف بے ہوا، جیلی نما مخاط کے تودہ کے طور پر نکلتا ہے، جس کا رنگ زرد، نارنجی، گندمی بھورا (russet brown)، یا بلکہ شوخ سرخ ہوتا ہے، اور جو اس قدر لزج ہوتا ہے کہ برتن کی جانب یا پیندے سے چپک جاتا ہے اور بہنے کا کم رجحان رکھتا ہے یا بالکل نہیں رکھتا۔ گرام (Gram) کے طریقہ تلوین سے بُساق میں بقیہ ریویہ شناخت ہو سکتا ہے، جو کہ ابتداءً کمبشت نہیں ہوتا، اور بُساق خاص کر زجاجی یا شفاف (hyaline) مخاط، مصلی البیومینی ارتشاح، چند سرخ جسامت، چھوٹے جو فیزی خلیوں، بڑے درحلی غلیوں، اور چند کثیر الاشکال نواتی خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ کبھی کبھی نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہوتا ہے (۱۶۶)۔

دوسرے درجے، یا درجہ تجدد (stage of consolidation) کے علامات اکثر یہ سرعت نو یاب ہو جاتے ہیں۔ شش کے ماؤف حصے پر قطعی صمیت (decided dulness) پائی جاتی ہے۔ اسی رقبہ پر بلند ارتفع کا (high-pitched) شعبی تنفس ہوتا ہے، جو ابتداءً تو نرم اور دُککا (soft and distant) ، لیکن تھوڑے عرصہ کے بعد نسبت بہت زیادہ بلند ہوتا ہے۔ اگر مریض منہ سے بولتا ہے تو شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے، اور بولے ہوئے الفاظ اکثر صاف صاف سنی دیتے ہیں، اور یہ ظاہر مسماع الصدر کے اندر پکار کر بولے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ سرگوشی میں کہے ہوئے الفاظ (whispered words) بھی صاف صاف منتقل ہو جاتے ہیں۔ شش کے اُن حصوں میں جو پھیلے ہوئے الہتاب سے ماؤف ہو رہے ہیں، وہ باریک تکتک (fine crepitation) جو ایک ابتدائی امارت کے طور پر سنا گیا تھا، ممکن ہے کہ اب بھی سنا جائے۔ لیکن بلند شعبی تنفس اور شعبی صوتیت ظاہر کرنے والے رقبوں پر کوئی لفظات (râles) نہیں سنی دینگے تا وقتیکہ ساتھ شعبی الہتاب بھی موجود نہ ہو، جبکہ وہ متنم (consonating) ہونگے۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) کبھی بڑھا ہوا اور کبھی گھٹا ہوا ہوتا

ہے۔ اس کی شہادت موجود ہے کہ تقریباً تمام اصابتوں میں اس کی تخفیف اس وجہ سے ہوتی ہے کہ پلیوراکے اندر سیال کی ایک پتلی نہ موجود ہوتی ہے (26)۔ طبیعی امارات کی نمویابی کے دوران میں مریض لازماً اپنے بستر پر بڑا ہوتا ہے، لیکن اسے اکثر انتصابی تنفس (orthopnoea) ہوتا ہے۔ اس کے گال اور پیشانی سرخ تھماٹے ہوئے (flushed) ہوتے ہیں۔ اس کی آنکھیں چمکنے لگتی ہیں اور نظا ہر کرتی ہیں کہ اس کو تکلیف کا تین احساس ہے۔ اس کی سانس تیز ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تنفس فی منٹ ۴۰، ۵۰، ۶۰ یا بلکہ ۸۰ تک بڑھ جائے۔ نبض تیز ہو جاتی ہے، لیکن تنفس کے تناسب سے نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ ۱۰۰ تا ۱۲۰ یا اس سے کبھی قدر زیادہ ہو۔ اس طرح نبض و تنفس کی نسبت معمولی ۳:۱ یا ۴:۱ سے بدل کر ۲:۱ یا ۱:۱ ہو جاتی ہے۔ پیش عموماً ایک بلند لیول، ۳-۱ تا ۵-۱۰ درجہ قائم رہتی ہے اور اس میں کم تغیر ہوتا ہے۔ اور جلد خشک ہوتی ہے اور اس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو چبھتی ہوئی گرمی (pungent heat) کا احساس ہوتا ہے۔ ضغط الدم (blood pressure) عموماً معمول کی نسبت تھوڑا کم ہوتا ہے۔ کھانسی جو ہمیشہ تو نہیں لیکن علی العموم موجود ہوتی ہے، زیادہ بار بار نہیں ہوتی، اور وہ سخت، خشک (hard and dry) اور اکثر درد کے ساتھ ہوتی ہے۔ اور بھاق، جو لزج اور زنگ آلود (rusty) ہوتا ہے، بدقت باہر نکلتا ہے۔ قارورہ قلیل المقدار گہرے رنگ کا (high-coloured) اور ترشی ہوتا ہے اور اس میں یوریش کا جماؤ بن جاتا ہے۔ اس میں کلورائیڈز (chlorides) بہت کم ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ غیر موجود ہوں، اور البیومن کی تھوڑی مقدار اکثر اوقات موجود ہوتی ہے۔ عموماً سپید جسامت کی کثرت (leucocytosis) کثیر الاشکاف نواتی خلیوں کی زیادتی کے ہمراہ پائی جاتی ہے، جو شدید اصابتوں میں طویل عرصہ تک باقی رہتی ہے۔ مریض کو ہڈیاں ہو جاتا ہے (۴) بالخصوص رات کے وقت۔ کبودی (lividity) یا زراق ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں یہ پایا گیا ہے کہ آکسیجن سے شریانی خون کی سیرشدگی کم ہو جاتی ہے، اور وہ بجائے ۹ فی صدی کے جو معمولی ہے، ۸ فی صدی ہوتی ہے (Stadie)۔

یہ نائیرشدگی (desaturation) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ شریانی خون ایک ایسا آمیزہ ہو جاتا ہے جس میں کسٹش کے تندرست حصے سے آیا ہوا ہوازدہ خون اور مرضی کسٹش سے آیا ہوا غیر ہوازدہ خون شامل ہوتا ہے۔ بعد ازاں زراق زائل ہو جاتا ہے، کیونکہ مرضی کسٹش میں سے دوران خون سست ہو جاتا ہے۔

مریض کی عام حالت چند روز تک ویسی ہی رہتی ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ علامات کی شدت میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ نبض و تنفس تیز تر ہو جاتے ہیں، تپش بلند قائم رہتی ہے، زبان زیادہ خشک اور زیادہ بھوری ہو جاتی ہے، اصوات کا ہڈیان زیادہ قطعی ہوتا ہے۔ یہ مشاہدہ ہوتا ہے کہ طبیعی امارات عموماً روز بروز متغیر ہوتے جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ تجویزی عمل پیل رہا ہے، چنانچہ ٹیکہ (crepitation) اور شعبی تنفس سینہ پر بلند سے بلند تر پھیلے جاتے ہیں یہاں تک کہ رس (apex) ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ طبیعی امارات سامنے ترقوی ہڈی کے نیچے ظاہر ہو جائیں۔

اس وقت جب کہ بیماری بہ ظاہر انتہا تک پہنچی ہوتی ہے، اصلاح واقع ہوتی ہے، اور بہت سی اصابتوں میں یہ بالکل ناگہانی طور پر ہوتی ہے۔ جیسے، ساتویں، یا آٹھویں دن اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں تپش، نبض، اور تنفس گر کر بارہ یا اٹھارہ گھنٹوں کے دوران میں تقریباً اپنے طبعی حدود تک آ جاتے ہیں۔ زبان تر ہو جاتی ہے۔ اور مریض خود کو ہر لحاظ سے بہتر محسوس کرتا ہے۔ اس بحران (crisis) (۴، ۵) کے ساتھ بکثرت پسینہ آتا ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں بخار زیادہ تدریجی طور پر ختم ہوتا ہے (تحلل: lysis) اور درجہ انتہا سے طبعی درجہ تک گرنے میں اسے چار سے پانچ دن تک لگتے ہیں۔

تپش کے طبعی ہونے کے بعد طبیعی امارات تدریج صاف ہو جاتے ہیں۔ اس درجہ میں ٹکٹکات سلاجعہ (redux crepitations) سانی دیتے ہیں۔ یہ نسبتاً موٹے (coarse) گڑ گڑانے والے (crackling) یا بلبلائے والے (bubbling) لفظات ہوتے ہیں، جو اقل شلح کے ٹھیلٹھیلنے اور انبوبات میں

آجانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ شش میں یہ تغیر ہونے کے ساتھ ساتھ بساق بھی متغیر ہو جاتا ہے، اس کی تمیز جھلک (tinge) جاتی رہتی ہے اور وہ زرد یا سبز محاطی رہی، اور کم لزج ہو جاتا ہے۔

قسم اول کا ذات الریہ جو کہ ۳۰ فی صدی اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہے، خاص کر نوجوان بالغوں میں، بالعموم معوف و متندرملات پیش کرتا ہے جو کہ بحران میں ختم ہوتی ہیں۔ قسم دوم میں علامات زیادہ شدید ہوتی ہیں اور بسا اوقات بحران بالکل نہیں ہوتا۔ قسم سوم خصوصیت کے ساتھ مہمرا افراد پر حملہ آور ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ قسم چہارم ہر عمر میں ہوتی ہے۔ مہلک اصابتوں میں موت فشل القلب (failure of the heart) سے، یا اس شش کے اذیماس سے کہ جو اب تک غیر ماؤف تھا، یا دونوں کے مجموعی طور پر ہونے سے واقع ہوتی ہے۔ تمام علامات زیادہ ہو جاتے ہیں: یعنی تنفسات تو اتریں بڑھ جاتے ہیں۔ نبض تیز، صغیر اور ضعیف ہو جاتی ہے۔ چہرہ کبود یا ازرق ہو جاتا ہے۔ دائیں بطن کے اتساع کے طبیعی امارات مشاہدہ میں آ سکتے ہیں۔ زبان خشک، بھوری اور مشقوق (cracked) ہوتی ہے۔ ہڈیاں کم و بیش مسلسل ہوتا ہے، اور ٹرٹراہٹ (muttering) اور توما (coma) بتدریج طاری ہو جاتے ہیں۔ استماع کرکھ پر بلند (loud) مولے (coarse) لغطات سینہ کی دونوں جانبوں پر سنائی دیتے ہیں۔ جوں جوں مریض زیادہ کمزور ہوتا جاتا ہے تپت گرتی جاتی ہے، جلد سرد پڑ جاتی اور پسینہ سے شرابور ہو جاتی ہے۔ موت عموماً بیماری کی انتہا کے زمانہ میں پانچویں اور دسویں دنوں کے درمیان واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ذات الریہ کبھی کبھی دو یا تین دنوں میں اپنا مہلک منہ ختم کر دیتا ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ اول الذکر کا سبب بیشتر ثانوی منبج ریوی سرایش ہیں جو پیچیدگوں سے منصلہ ساختوں میں براہ راست پھیل جاتی یا جوئے خون کے ذریعہ منتقل ہوتی ہیں۔ ذات الجنب جس کے ہمراہ ملف یا منسل کی تکوین ہو سکتی ہے، بمشکل ایک چھیدگی کہلاتی ہے، کیونکہ وہ عملاً ہر ایک اصابت میں موجود ہوتی ہے۔ بقیع الصدر (empyema) (۲۰ و ۸) اس قدر

عام نہیں ہوتا، لیکن اگر بخار تیسرے ہفتے تک قائم رہے، اور اس کے ساتھ قریح
 آواز اُسم ہو، اور شعبی تنفس کی آوازیں غائب یا متغیر ہو گئی ہوں، تو اس کا شبہ
 کرنا چاہئے۔ شاذ اصابتوں میں ذات الریہ کے دوران میں ہوائی خلیات کے
 کہفہ پنیورائی کی طرف مشقوق ہو جانے سے استرواح الصدر (pneumothorax)
 پیدا ہو جاتا ہے۔ بائیں جانب کے تقیع الصدر کے ساتھ اکثر اوقات التهاب
 تاء مومہ (pericarditis) (۲) پایا جاتا ہے۔ التهاب اعصاب محیطی
 (peripheral neuritis) التهاب گردہ (nephritis) (۵) التهاب
 باریطون (peritonitis) تقیعی التهاب بھال (suppurative meningitis)
 (۱) اور التهاب مفصل (arthritis) (۵) شاذ بنتی ریوی چید گیوں میں سے
 ہیں۔ شاذ اصابتوں میں ایک حقیقی بنتی ریوی تقیع الدم (pneumococcal
 pyæmia) پیدا ہو گیا ہے جس کے ساتھ تقیعی التهاب مفاصل (suppurative
 arthritis) اور قاحات (pustules) اور جلد کے نیچے پھوڑے ہوتے ہیں اور انہیں
 سے گاڑھی سبزی مائل پیپ نکلتی ہے جس میں نبقات ریویہ خالص کاشت میں
 موجود ہونے ہیں۔ خبیث التهاب دھڑن قلبہ (malignant endocarditis)
 (۲، ۵) (خاص کر اورطی مصراع کا) ذات الریہ کے ہمراہ دیکھا گیا ہے جو اس کے
 نوعی عضویوں کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں نمسیاں
 یرقان (jaundice) (۱، ۳) ہوتا ہے۔ ایک ہلکی یرقانی جھلک زیادہ عام ہوتی ہے۔
 بعض اوقات دوران مرض میں معدے کا حاد اتساع (acute dilatation
 of the stomach) واقع ہو جاتا ہے اور شدید اصابتوں میں التهاب لکفیی
 (parotitis) پیدا ہو سکتا ہے۔ مزمن ذات الریہ (chronic pneumonia) '،
 گنگرین (gangrene) اور خراج شش (abscess of the lung) اور تمدد
 الشعب (bronchiectasis) شاذ عواقب ہیں۔

تشخیص - قحریہ اور تیز بخار کے ابتدائی درجات میں ذات الریہ
 بعض اوقات دوسرے حاد امراض جیسے کہ تپ محرقہ، قرمزیا یا چیچک سے
 ناقابل شناخت ہوتا ہے۔ اکثر سینہ کے ایک جانب پر کے درد یا تکلیف سے ظاہر ہوگا

کہ وہاں حادثہ مرض موجود ہے، اور ایک مقام پر اصوات تنفس کی غیر موجودگی یا باریک مکمل نکات (fine crepitations) کی موجودگی جن کے بعد اُصمیت شعبی تنفس، اور شعبی صوتیت ہو، بیماری کی نوعیت ظاہر کر دیں گے۔ لیکن یہ درونہایت غلط فہمی بھی پیدا کر سکتا ہے۔ اکثر اوقات یہ شکم تک پھیلتا، یا بالخصوص شکم میں محسوس ہوتا ہے، جس سے ابتداء التهاب نراڈا دو دیہ (appendicitis) التهاب باریطون (peritonitis)، یا التهاب صلا (cholecystitis) کا خیال ہو سکتا ہے۔ روی قاعدوں پر احتیاط کے ساتھ نگاہ رکھنا ضروری ہے تاکہ غلطی نہ ہونے پائے۔ دوسری اصابتوں میں طبعی امارات کی نمویابی سے پہلے ایک مختصر سی کھانسی ہوگی جس کے ساتھ زنگ آلود بُساق کا نفث ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طبعی امارات کے ظہور میں فی الحقیقت پانچ یا چھ بلکہ دس دن کی تاخیر ہو جائے، اُنہیں بہت تلاش کرنے کی صورت پڑے اور وہ پہلے پہل اُن ہونی جگہوں میں پائے جاتے ہیں، جیسے کہ عظم الکف کے اوپر یا بغل کی چھت (top of axilla) میں۔ امراض طفیمہ (exanthemata) کے مخصوص و متمیز طفیات کی غیر موجودگی، تنفس کی سرعت جو نبض سے غیر متناسب ہوتی ہے، سرخ نمٹکیا ہوا چہرہ (flushed face) اور کھنٹی ہوئی آنکھ، مخصوص و متمیز نوعیت کا بُساق اور دہن کے گرد و پیش منہ کی موجودگی، یہ سب تشخیص کے لئے مفید نکات ہیں۔ امتحان خون سے بھی مدد مل سکتی ہے، کیونکہ سپید خلیات کی کثرت (leucocytosis) سے تپِ محرکہ، ملیریا اور انفلوئنزا خارج از بحث ہو جاتا ہے۔ رائجی شاعیں بھی کارآمد ہیں، جیسا کہ پیشتر بیان کیا جا چکا ہے۔

جب طبعی امارات نمودار ہو جاتے ہیں، تو یہ متعین کرنا پڑتا ہے کہ آیا ذات الریہ موجود ہے یا ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion)، مادون کا ساتھ ساتھ اجتماع ہے۔ ان دونوں حالتوں کی ایک دوسرے سے تشخیص ذات الجنبی (پلیوریسی) کے بیان کے تحت درج کی گئی ہے۔ شعبی ذات الریہ سے تشخیص پر بعد میں غور کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 158)۔

انذار۔ لختی ذات الریہ کی اوسط شرح اموات تقریباً ہائی صدی ہے۔

وہ چھوٹے بچوں میں نہایت کم ہوتی ہے، لیکن عمر کی زیادتی کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔ بے اعتدالی کی عادتوں والے اشخاص میں اور ان میں جنہیں ناکافی غذائی ہو یہ مرض زیادہ جھلک ہوتا ہے۔ سریع الوقوع یا تندہیان، قشع، ریٹنس (failing pulse) کبودی اور زراق، یہ سب بدشگونی کی علامات ہیں۔ قسم سوم کا نبتہ ریویہ کہ جس کے خلاف ہمیں کوئی مصل میر نہیں، سب سے نشوونما کے اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہے اور شرح اموات ۴۰ فی صدی تک پہنچتی ہے۔ قسم اول میں انداز اس سے زیادہ بہتر ہے کہ جتنا قسم دوم میں ہے، کیونکہ شرح اموات اول الذکر میں ۱۰-۱۵ فی صدی اور آخر الذکر میں ۲۰ فی صدی ہے۔ قسم چہارم میں شرح اموات ۲۰ فی صدی ہے۔ امریکہ میں شرح اموات زیادہ ہے۔

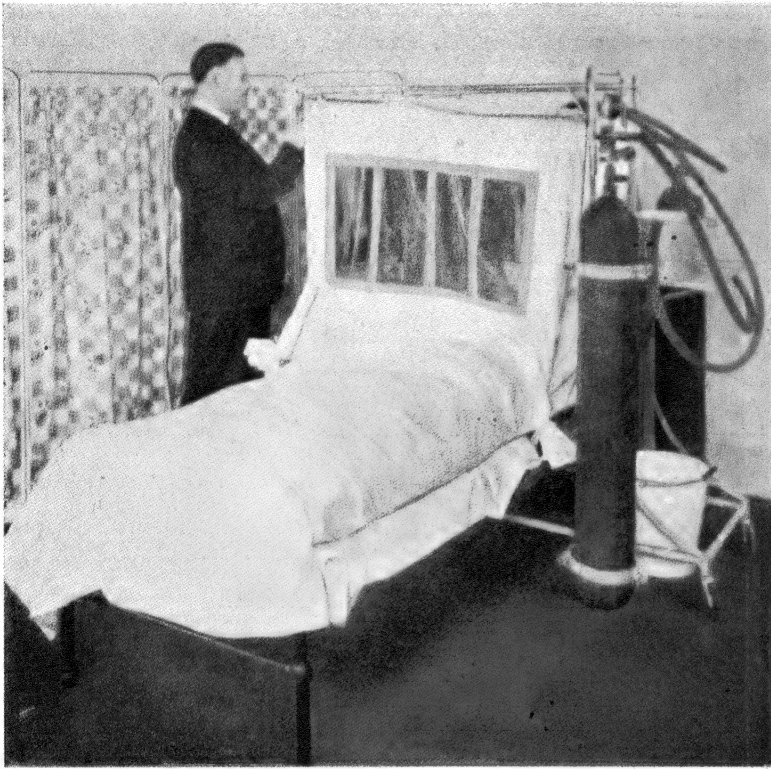
علاج۔ مریض مجبوراً بستر پر پڑ جاتا ہے، اور عموماً اسے مرض کی انتہا میں (in the height of the disease) ٹیکوں یا سہ (bed-rest) کے ذریعہ نیم شیطامی (semi-recumbent) حالت میں بہارادینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔ جسمانی آرام اور تشویش سے مبرا ہونا، علاج کے اہم عناصر میں سے ہے۔ غیر ضروری طبی امتحان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مریض کو ایک آزادانہ ترویج رکھنے والے کمرے کے اندر بہ افراط گرم تازہ ہوا ملنا چاہئے، اسی طرح جس طرح کہ کسی دوسرے ساری مرض میں غذا ایسی دینی چاہئے جو ایک حموی مرض کیلئے موزوں ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 21)۔ اس میں دودھ قدرتی طور پر ایک اہم عنصر ہوگا، لیکن انڈے اور اناج (cereals)، دودھ کے پڈنگ (milk-pudding) کی شکل میں، بارلیک کا مالٹ (Horlick's malted milk)، مچھلی یا چوزے کا قیمہ، وغیرہ بھی غذا میں شامل کئے جاسکتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ اس معاملہ میں مریض کی خواہشات کا لحاظ کیا جائے۔ فتوح لحم البقر (beef-tea)، یا بکری کے گوشت کی - سخنی (mutton broth) گوذات خود غذا میں نہیں ہیں، تاہم ممکن ہے کہ یہ پسندیدہ ہوں۔ ابتدائی درجوں میں آنتوں کو صاف کر دینا چاہئے، اور ایسیٹ یا سٹریٹ آف امیونیم (acetate or citrate of ammonium) کا استعمال کر کے جلد کے آزادانہ عمل میں مدد دینی چاہئے اور ساتھ ہی معوف ڈوور (Dover's powder) کی خفیف

مقداریں دینی چاہئیں۔ آخر الذکر ذات الجنبی درمیں تخفیف پیدا کرے گا یا ایفون کی خفیف مقداریں (بچہ کے ۳ تا ۵ قطرے) ملح (saline) کے ساتھ بار بار دینے چاہئیں۔ ممکن ہے کہ مقامی لاستقات (local applications) جیسے کہ اینٹی فلوئمنٹ (antiphlogistic) برف کی تھیلی یا کوئی پولیس درمیں تخفیف کر دیں۔ خفیف اصابتوں (mild cases) میں یہی کافی ہو سکتا ہے، لیکن شدید تر اصابتوں میں ہڈیاں اور ترقی پذیر انبطاح (prostration) کا تدارک بھی ضروری ہوگا۔ اول الذکر کے لئے کلورل (chloral)، کلورل امائیڈ (chloralamide) اور پوٹاسیم برومائیڈ (potassium bromide) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، لیکن جب تہر (dyspnoea) زیادہ ہو تو کلورل کو احتیاط کے ساتھ دینا چاہئے، کیونکہ وہ قلب اور تنفس پر خافض (depressing) اثر رکھتا ہے۔ اسی سبب کی وجہ سے آخری درجوں میں مارفین (morphia) کا استعمال کمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہیوسین ہائیڈرو برومائیڈ (hyosine hydrobromide) (ایسٹرین) کا تحت الجلدی اثر اب اکثر مفید اور نسبتاً خالی از خطر ہوتا ہے پڑھتے ہوئے قفل قلب کیلئے ڈیجٹالس اکثر دیا جاتا ہے اور برائڈی یا دوسری سپرٹ کی تھوڑی تھوڑی مقداریں کتین یا چار اوں تک روزانہ دیا جاسکتی ہیں، یہاں قلب کے دائیں جانب کا قفل (right-sided failure) موجود ہو، وہاں فصم (venesection) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ لیکن آکسیجن ان سب پیچیدگیوں کے لئے بہترین علاج ہے۔ جب نالیوں میں افزائ زیادہ ہو تو امونیم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ تا ۱۰ گریں ہر میرے یا چوتھے گھنٹے) دے سکتے ہیں۔ حال ہی میں مصنوعی استرواح (artificial pneumothorax) کام میں لایا گیا ہے اور وہ ذات الجنبی درد (pleuritic pain) کے دفع کرنے میں کامیاب ہوا ہے (27)۔ جب بحران (crisis) ختم ہو گیا ہو اور تپش گہر کر درجہ طبعی پر آگئی ہو تو علاج کا مشاء محض یہی ہونا چاہئے کہ کوئین (quinine) ۱۰۱ ر دوسرے مقویات کے استعمال سے مریض کو قوت و بہت پہنچائی جائے۔

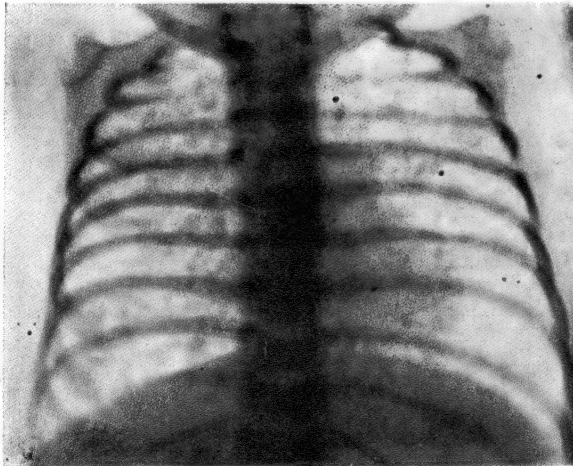
یہ امر اب تسلیم کیا جاتا ہے کہ فیلٹن (Felton) کے مرکز ضد بقی ریوی مصل (anti-pneumococcal serum) کے ذریعہ جان بچ سکتی ہے، بلکہ مرض وہ بھی جاتا ہے۔ موجودہ زمانہ میں اس کی قیمت گراں اور مقدار محدود ہے، لہذا ایسے

مریضوں تک جو سترہ سال سے اوپر ہوں اور جن میں انداز خراب ہو، اس کا استعمال محدود رکھنا۔ بجا ہے اور ناگہانی آغاز اور شدید انبطاح، کمزور سرخ نبض، خفیف تپش اور خفیف پسید خلوی مجببیت، اور مثبت دموی کاشت اس کے خاص واعیات ہیں۔ نبتہ ریویو کی قسم کی تعیین کرنا ضروری ہے، لیکن یہ کام چند منٹ کا ہے اور صرف قسم اول اور قسم دوم کے خلاف فائدہ مند ہے۔ قسم اول کا مصل اور قسم اول و دوم کا مخلوط مصل حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کو مرض کے صرف پہلے پانچ دنوں میں دینا چاہئے اور قسم اول کے مقابلہ میں قسم دوم کی اصابتوں میں وگنی معتاد ہونی چاہئے۔ اول الذکر میں ۲۰۰۰ اکائیاں مالح سے مرقق کر کے، جو کہ حموی تعاملات روکنے کی غرض سے سارہ تیار کیا جاتا ہے، آہستہ سے دروں ویدی طور پر دی جاتی ہیں۔ اسی جامت کی دوسری اور تیسری معتادیں، آٹھ سے لے کر ۱۲ گھنٹوں کے وقفوں سے دی جاتی ہیں اور گاہے ایک چوتھی یا پانچویں معتاد کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

آکسیجن کا استعمال۔ جب کبودی یا زراق ہو تو آکسیجن دینی چاہئے۔ عملی اغراض کے لئے دو طریقے میسر ہیں۔ (۱) انفی قنطیر (nasal catheter)۔ استوائے کو جو کہ ایک دقیق شست والے تنظیمی مصراع سے آراستہ ہوتا ہے، پہلے ایک ولف (Woolf) کی بوتل کے ساتھ مربوط کر دیا جاتا ہے کہ جس میں پانی ہوتا ہے، اور پھر ایک ربر کے قنطیر کے ساتھ کہ جس کو عین ناک کی پشت تک دھکیل دیا جاتا ہے۔ رابطہ انبوبہ چوڑی ہونی چاہئے اور اس کا قطر $\frac{1}{8}$ انچ سے کم نہ ہونا چاہئے بوتل میں شجوب کو ایک مستقل رفتار پر رکھ کر آکسیجن کی رسد کی رفتار کو باقاعدہ کیا جاسکتا ہے۔ اس کا اندازہ ایک پائنٹ (pint) کا ناپ پانی سے بھر کر اور اس کو ایک پانی کے قلعے پر اسٹار رکھ کر لگایا جاسکتا ہے۔ قنطیر کو ناپ کے نیچے رکھنے سے پانی کی جگہ آکسیجن لے لیتی ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں ایک پائنٹ جمع کرنے کے لئے تقریباً ۲۰ سیکنڈ ہونے چاہئیں۔ بچوں کے لئے رفتار کم ہوتی ہے۔ قنطیر کو ناک کی بجائے منہ میں نہایت پیچھے تک دھکیلا جاسکتا ہے۔ ایک دوسری ترکیب ایک دوسری نلی ہے جس کی ٹونٹیاں دونوں تھنوں کے عین اندر ہوں۔ (Müller) کا مصراع جس طرح کہ اس کو ڈیوئیز (Davies) اور گلکراسٹ (Gilchrist)



الف۔ اسیجن کا خیمہ۔ گائی کے نمونہ کا



ب۔ شعبی التهاب الریہ ایک بچہ میں۔ (شعاع نجات مرٹلنڈ سے لائے گئے ہیں)

استعمال کرتے ہیں جو کہ زیر کے دوران میں آکسیجن کے بہاؤ کو روک دیتا اور اسطرح ضیاع سے بچاتا ہے، حقیقت میں غیر ضروری ہے۔ آکسیجن کو قیف کے ذریعہ دینے کا مسرفانہ اور غیر موثر طریقہ کبھی استعمال نہ کرنا چاہئے۔

(۲) آکسیجینی خیمہ (oxygen tent)۔ خیمہ کا اصول یہ ہے کہ مریض ایک آکسیجن سے بھر پور (۴۰ تا ۶۰ فی صدی) فضا میں رہتا ہے کہ جس میں سے کاربن ڈائی آکسائیڈ، رطوبت اور گرمی دور کر دی گئی ہوں۔ کئی ایک مختلف خیمہ جات بیان کئے گئے ہیں۔ صفحہ ۴ الف میں جو خیمہ ہے اس میں سے گرمی اور رطوبت برف سے بھرے ہوئے ظروف کے ذریعہ دور کی جاتی ہے کہ جو خیمہ کی چھت میں سے داخل کئے جاتے ہیں۔ CO_2 کو دور کرنے کے لئے فضا کو ایک سوڈا لائم (soda-lime) کے ڈبے میں سے ایک ”مشرّب“ (injector) کے ذریعہ ترویج کیا جاتا ہے، کہ جس کو ایک پیچ کے ذریعہ استوانے کے سر کے ساتھ چپکا دیا جاتا ہے تاکہ استوانے کے اندر کا آکسیجن کا دباؤ ایک قوت محرکہ بہم پہنچائے (49)۔ خیمیں آکسیجن اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کی مقدار فی صدی دریافت کرنے کے لئے ایک سریری آلہ موجود ہوتا ہے۔ ذات الریوی مریضوں پر شریانی و خنز (arterial puncture) سے حاصل کردہ تجربی شہادت موجود ہے کہ خیمہ انفی قناطیر کی نسبت زیادہ موثر ہے۔ خیمہ سے کئی زندگیوں بچ گئی ہیں، جو اگر انفی قناطیر کے علاج پر اصرار کیا جاتا تو تقریباً یقیناً ضائع ہو گئی ہوتیں۔ مصنف ہذا نے آکسیجینی خیمہ کے ذریعہ ذات الریہ کی ۲۸ تشویشناک اصابتوں میں سے ۲۰ اصابتیں بچائی ہیں۔ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا آکسیجن کے علاوہ CO_2 دینا چاہئے یا نہیں۔ اس کے لئے دور میں CO_2 کا مکمل انجذاب روک دینا چاہئے تاکہ مریض اس CO_2 کو جو کہ اس نے خود پیدا کی ہے جزوی طور پر دوبارہ سانس میں لے لے مصنف ہذا کی رائے میں CO_2 کو شاید ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں دیا جاسکتا ہے اس غرض سے کہ تنفس کی گہرائی زیادہ ہو جائے اور ایک خفیف کھانسی واقع ہو اور مخاط کا وہ لزج صام اکٹھا جائے جو کہ سابقہ بیان کے مطابق مریض کا اولی سبب ہے۔ اس طریقہ سے مریض کو دیا جاسکتا ہے۔ تاہم مریض کے آخری

درجوں میں جب کہ قلب تھک جاتا ہے، صرف آکسیجن استعمال کرنی چاہئے۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ خیمہ میں ذات البجنہی در اکثر زائل ہو جاتا ہے۔

فریڈ لینڈر کا ذات الریہ

(Friedlander pneumonia)

اُن اصابتوں پر مشاہدات کرنے سے جن میں لختی ذات الریہ فریڈ لینڈر کے عصیہ ذات الریہ کی وجہ سے ہوا ہے، معلوم ہوتا ہے کہ وہ عموماً ایک شدید مرض ہوتا ہے، جس کا انداز خراب ہوتا ہے۔ ایک ہملک اصابت پیش سرخ رنگ کی نسبت، زیادہ ایک سیاہی مائل رادی رنگ پیش کرتا ہے اور تیراش چمچے (slimy) مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جو فیروں میں کثیر التعداد دھتے اور نقشہ پذیر سرطلہ موجود ہوتا ہے۔ نتیجہ اور گنگرین اس سے زیادہ کثیر الوقوع ہوتے ہیں کہ جتنے معمولی قسم میں ہوتے ہیں اور پیش زیادہ تغیر پذیر ہوتی ہے۔ فریڈ لینڈر کے عصیہ کے ساتھ بقعہ ریویہ بھی ہو سکتا ہے، اور اول الذکر لختی اور لختی ذات الریہ دونوں کا سبب ہو سکتا ہے۔

شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia)

[نازالتی (catarrhal)، لختی (lobular) یا سرخنکی

ذات الریہ (interstitial pneumonia)]

بحث اسباب - (۱) اولی شعبی ذات الریہ (primary

broncho-pneumonia) - جب بقعہ ریویہ خالص کاشت میں پانچ سال سے نیچے

کے بچوں میں شش پر حملہ آور ہوتا ہے تو وہ ایک تمثیلی لختی ذات الریہ (typical

lobar pneumonia) پیدا کر سکتا ہے، لیکن وہ زیادہ اکثر شش کے جو فیروں پر

چکیتوں کی صورت میں حملہ آور ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں کو اولی شعبی ذات الریہ

(West) یا اولی لختی ذات الریہ کہتے ہیں۔ اگر پھیپھڑوں میں چکیتی دار توزیع

(patchy distribution) سے قطع نظر کیا جائے، تو یہ اماتیں اوپر بیان کئے ہوئے
 لختی ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہیں، اور ان میں متلازم شعبی الہتباب (bronchitis)
 نہیں موجود ہوتا۔ ان کے متعلق کچھ اور کہنے کی ضرورت نہیں۔ (۲) حقیقی شعبی
 ذات الریہ جسے بعض اوقات ثانوی شعبی ذات الریہ یا حادہ خشکی
 ذات الریہ کہتے ہیں، ہمیشہ جھوٹے شعبات کے الہتباب سے شروع ہوتا ہے
 اور گردو پیش کے ہوائی خویصلات کے اندر پھیل جاتا ہے۔ یہ عموماً تین سال سے نیچے
 کی عمر والے بچوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ کھرا اور کالی کھانسی کی کثیر الوقوع چھیدگی
 کے طور پر ہوتا ہے، اور دوسرے ساری امراض (یعنی حمی قرمزہ اور انفلوئنزا وغیرہ)
 کے بعد بھی ہو کر رہتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ شہروں میں رہنے والے خراب تغذیہ
 رکھنے والے بچے شعبی ذات الریہ میں مبتلا ہونیکا زیادہ امکان رکھتے ہیں، اور اغلب
 ہے کہ کماحقہ بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ بالغوں میں شعبی ذات الریہ
 ذات غریبہ (foreign particles) بالخصوص حلق کے عفونی مادوں کے پھینچنے
 کے اندر استنشاق سے واقع ہوتا ہے (استنشاقی ذات الریہ: inhalation pneumonia)۔ یہ وٹھیر یا کے شعبی نالیوں کی راہ سے نیچے شعبات (bronchioles)
 تک پھیل جانے کا ایک عام نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ اکثر کسی بھی طویل المدت لاغری پیدا
 کرنے والے مرض (wasting disease) میں ایک اختتامی واقعہ ہوتا ہے، بالخصوص
 بوڑھوں میں جو ہفتوں تک اضطرابی حالت میں رہنے پر مجبور ہوئے ہوں۔ جب یہ
 شش کے اسفل حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو اسے سکودی ذات الریہ (hypostatic pneumonia)
 کہتے ہیں۔ یہ ان اعمال جراحیہ کے بعد ہو سکتا ہے جو عمومی حسیت
 (general anaesthesia) کے تحت کئے گئے ہوں، اور ان لوگوں میں جو تقریباً
 غرقاب ہو گئے ہوں یہ موت کا ایک کثیر الوقوع سبب ہوتا ہے۔ مری کا سرطان
 (carcinoma of the oesophagus) شش پر حملہ آور ہو کر ذات الریہ پیدا
 کر کے ہملک ہو سکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ عفونی ذرات عروق دمویہ کے ذریعہ
 شش میں پہنچ جائیں، اور تقيع الدم (pyaemia) اپنے تقيعی ذات الریوی مرکز کے
 باعث میتر ہوتا ہے۔ ان میں سے بہت سی اماتوں پر عفونی ذات الریہ

(septic pneumonia) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

شعبی ذات الریه کی جرثومیات پیچیدہ ہے اور بہت سے جراثیم مختلف امتزاجات میں پائے گئے ہیں۔ ایک نوعی بھڑا مثلاً کھسرایا انفلوئنزا کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ فرد کی قوت مدافعت پر خافض اثر ڈالتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پھیپھڑوں پر مختلف عضویہ ثانوی طور پر حملہ آور ہو جاتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ کی فوج میں دم پاش نبقہ سبھیہ (haemolytic streptococcus) ایک نہایت اہم عامل اور سب سے زیادہ ہلک پائا گیا، لیکن بعض موقعوں پر نبقہ ایویہ عصیدہ انفلوئنزا (B influenza) اور نبقہ سبھیہ (streptococcus aureus) بھی موجود تھے۔ فریڈ لینڈر کا عضویہ اور ڈمٹیریا کی اصابتوں میں کلیس لافلر کا عضویہ (Klebs-Löffler bacillus) بھی پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح - شعبی ذات الریه میں تجمد شش کے طول و عرض میں گرہوں کی شکل میں منتشر ہوتا ہے، جو اکثر جدا جدا ہوتی ہیں، لیکن باہم مل کر نسبتہ بڑے تودے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہیں (التقائی شعبی ذات الریه: confluent broncho-pneumonia: بائینہ یہ گرہیں آنکھ سے ایک دوسرے سے جدا شناخت ہو سکتی ہیں۔ تراکھنے پر جامد شش متعدد چھوٹے رمادی مراکز پر مشتمل نظر آتا ہے، جو زنف آذیا اور ہبوط (collapse) کے سیاہ سرخ منطوقوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں شش نرم اور خستہ (friable) ہوتا ہے اور پھوڑنے پر اس کی چھوٹی نالیوں سے پیچھے ایک قطرے (bead) کا ارتشاح ہوتا ہے۔ اس عمل کو بعض اوقات تطحیل الریه (splenisation of the lung) کہتے ہیں۔

کہتے ہیں خسردین سے دیکھنے پر تمیز و مخصوص ضررات یہ ہوتے ہیں: زحلی التهاب جو شعبی اور جو فیزی دیواروں کو مآؤف کرتا ہے، اور گرد شعبی التهاب عروق لفسائیہ (peribronchial lymphangitis) جن میں شدید اصابتوں میں درریز خلیے کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ شعبہ اور جو فیزی کا درونہ نازق مافیہ سے پر ہو جاتا ہے، خاص کر بڑے درخلی خلیوں سے۔ لیکن کچھ مدت والی اصابتوں میں شعبی اور ان کی ہم پہلو جو فیزی دیواروں میں نئی لینی بافت کی تکوین موجود ہوتی

ہے۔ چنانچہ اس حالت پر رخنکی شعبی ذات الریہ (interstitial broncho-pneumonia) کے نام کا اطلاق اکثر اسی مناسبت کی وجہ سے کیا جاتا ہے۔ شعبیات اور عقیقت زدہ عروق لمفائیہ (thrombosed lymphatics) میں نباتات سببیہ بہ افراط ہوتے ہیں۔ جب التهاب سطح تک پہنچ جاتا ہے تو عموماً کسی قدر ذات الجنب موجود ہوتا ہے۔ نہایت حاد اور مہلک امصابتوں میں لینی بافت کی تکوین نہیں ہوتی اور نباتات سببیہ جو فیروزوں پر حملہ کرتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ شش کے اندر پھوڑے بن سکتے ہیں۔

علامات اور طبیعی امارات۔ اول الذکر کھانسی، بہر اور ارتفاع حرارت (pyrexia) ہیں اور آخر الذکر منفصل ضررات کی دہمت اور جائے وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر بچہ کو سابقہ شعبی التهاب کے باعث پہلے ہی سے کھانسی ہو کر سینہ پر خرنرات (rhonchi) اور لفظات (râles) موجود ہوں تو جو فیروزوں کی ماؤفیت (implication) حرارت کے ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک چڑھ جائے، کھانسی کے مختصر (short) خشک اور درخیز ہو جائے اور لفظات (râles) کے زیادہ وافر ہو جائے اور متنغم (consonating) نوعیت اختیار کر لینے سے ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن بہت سی امصابتوں میں ایسے خرنرات (rhonchi) نہیں موجود ہوتے اور طبیعی امارات ایک یا زائد ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو کم یا بیش وسیع ہوتے ہیں اور ایک یا دو فوں پھیمپھڑوں میں موجود ہوتے ہیں اور ان میں زیادہ ترین چٹخنے والے لفظات (sharp crackling râles) سنائی دیتے ہیں، جن کے ساتھ قریبی آواز بہت کم متغیر ہوتی ہے۔ یا طبیعی امارات ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو توزیع میں بے قاعدہ ہوتے ہیں ساتھ ہی کافی تعداد میں متجدد سخت کموں کے اجتماع کے باعث ان پر اہمیت شعبی نفس اور شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے ایسے رقبے بڑھ یا گھٹ سکتے اور پھیل یا صاف ہو سکتے ہیں۔ بساق (sputum) مخاط یا مخاطی ریم پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ خون کی دھاریاں کبھی ہوتی ہیں اور کبھی نہیں ہوتیں۔ لیکن نو عمر بچے اسے عموماً نگل جاتے ہیں۔ استثناء آزادانہ نفث الدم (hæmoptysis) ہو سکتا ہے۔

مرض کا ممر اس قدر متعین نہیں ہوتا جس قدر کہ نبتی ریوی ذات الریہ میں۔ ممکن ہے کہ مرض ایک ہفتہ میں ختم ہو جائے، لیکن اکثر وہ تین یا چار ہفتوں، بلکہ زائد تک قائم رہتا ہے۔ تپش عموماً متقطع (remittent) بلکہ متوقف (intermittent) ہوتی اور اکثر تحلیل سے (by lysis) گرتی ہے۔ وہ بہت بیقاعدہ ہو سکتی ہے۔ سانس تیز اور منقلب (inverted) ہوتی ہے، جو شخص میں اکثر نہایت مفید ہوتا ہے۔ ایک سر میں الوقوع شہیق (inspiration) ہوتا ہے، پھر نصف سیکنڈ کے لئے سانس روک لی جاتی ہے، پھر زفر (expiration) ایک غرغراہٹ (grunt) کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور پھر اس کے بعد بلا کسی وقفے کے دوبارہ شہیق واقع ہوتا ہے۔ دوران شہیق میں نیچے والی بین الاضلاع فضا میں دُوب جاتی ہیں۔ کھانسی بہت ہوتی ہے۔ چہرہ سرخ، متما آغٹا ہے، یا زیادہ شدید امصابتوں میں پھیکا اور کبود ہو جاتا ہے۔ نبض تیز اور مغیر (small) ہوتی ہے۔ ہڈیاں اکثر موجود ہوتا ہے۔ امارات اکثر دوران مرض میں بار بار بدل جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مرض ایک حصے میں صاف ہو گیا ہے، اور دوسرے حصوں میں تازہ حملے ہو رہے ہیں۔ مرض اکثر دونوں پھیپھڑوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ شغایاں زیادہ تر تدریجی ہوتی ہیں، نہ کہ نبتی ریوی ذات الریہ کی طرح ناگہانی۔ موت سے پہلے تشنجات (convulsions) ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ شعبی ذات الریہ اس کے ابتدائی درجات میں دوسری حاد بیماریوں سے جن میں تیز بخار ایک متمیز خصوصیت ہو، غلط ملط ہو سکتا ہے، جیسے کہ تپ محرقہ سے۔ اور چونکہ بچوں میں ہر حاد بیماری کی وجہ سے نمایاں دماغی علامات پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ اس وجہ سے التهاب مصحایا کی تشخیص کر لی جائے۔ اس شعبی التهاب اور صدی علامات کے غلبہ کی وجہ سے ممکن ہے کہ غلطی کا ارتکاب نہ ہو، لیکن ممکن ہے کہ چند روز تک رائے کو ملتوی کرنا پڑے۔ طویل المدت شعبی ذات الریہ تلاترن (tuberculosis) کا شبہ پیدا کر سکتا ہے جس میں تیز بخار، ہر جگہ پھیلے ہوئے لُغلات (râles) کبودی اور کھانسی نمایاں علامات ہوتے ہیں۔ شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) میں ہیر (dyspnoea) کبودی اور لُغلات موجود ہوتے ہیں، لیکن یہ لُغلات عموماً قاعدوں تک محدود ہوتے

ہیں۔ شعبی تنفس نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ ریہی نفث بکثرت ہو۔ الثانی شعبی ذات الریہ (confluent broncho-pneumonia) کی لختی ذات الریہ سے تشخیص مشکل ہو سکتی ہے۔ آخر الف کرحالت میں شش پر کے امارات زیادہ کیاں ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ بحران (crisis) ہو جائے۔ شعبی ذات الریہ میں التهاب شعیبات (bronchiolitis) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ دونوں پھیپھڑوں میں کے تغیر پذیر توانی والے متنغم لغطات (consonating râles) سے ظاہر ہوتا ہے اور چونکہ حکمتی الہتابی عمل کے انمو کے درجہ میں ایک دوسرے سے مماثل نہیں ہوتیں لہذا اصوات تنفس صباغی تنفس (puerile breathing) سے لیکر تغیر پذیر ارتفاع (varying pitch) کے کامل نویافتہ شعبی تنفس تک اختلاف پذیر ہوں گے۔ لیکن خاص امتیاز یہ ہے کہ شعبی ذات الریہ میں بخار زیادہ طویل اور انحلال (resolution) زیادہ آہستہ ہوتا ہے۔ ایک مثالی شعاع نگاشت صفحہ نمبر 156 میں دکھائی گئی ہے۔

انذار۔ اگرچہ اس قسم کا ذات الریہ تنقی ریوی قسم کی نسبت بہت زیادہ ہلک ہوتا ہے کسی دی ہوئی اصابت میں انذار کا انحصار علامات کی عام رفتار پر ہونا چاہئے۔ وہ اصابتیں جو بظاہر یاس انگیز (desperate) ہوتی ہیں اکثر شغایاب ہو جاتی ہیں لہذا ماحواقیق رائے دینے میں کستدر احتیاط کی ضرورت ہے۔ بوڑھوں کے شعبی ذات الریہ میں اور اس میں جو جامد ذات کے استثنای کے سبب سے ہو انذار زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ علاج انھیں عام اصولوں پر کرنا چاہئے جو معمولی ذات الریہ کی حالت میں اختیار کئے جاتے ہیں۔ مگر خوب ترویج دار ہونا چاہئے جس میں مریض کو ہوا آزادانہ طور پر پہنچتی ہے۔ کھلی ہوا کا علاج کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ اگر تنفس میں دقت ہو یا کبودی موجود ہو تو آکسیجن طویل عرصوں تک مسلسل دینا چاہئے اور آکسیجنی خیمہ خصوصیت سے موزوں ہے۔ ریوی افزا خشک کرنے کے لئے کلچر بیسلاڈونی (tr. belladonnae) ۳ تا ۵ قطروں کی مقداروں میں بالکل چھوٹے بچوں کو دیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات ایلروپین (atropine) کے اثرات بھی دئے جاتے ہیں۔ مُرغشات (expectorants) چھوٹے بچوں کے لئے عموماً ناپسندیدہ

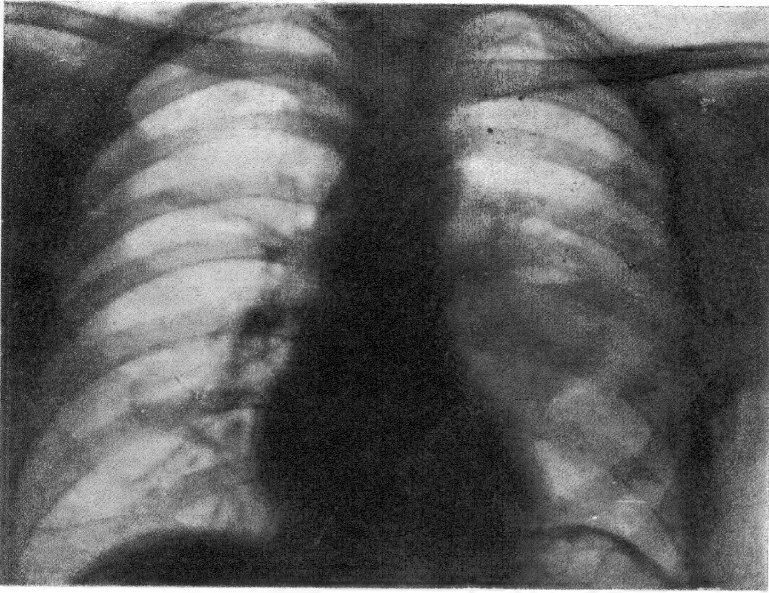
ہیں، کیونکہ وہ بُساق کو کھانکرنکالنے کی قوت نہیں رکھتے۔ شدید امصابتوں کے لئے اکثر مہیجات (stimulants) کے قدرے آزادانہ استعمال کی ضرورت ہوتی ہے، مثلاً تین یا چار برس کے بچے کے لئے برانڈی (brandy) کے ۲۰ قطرے ہر گھنٹے۔ یا لائیکر اسٹریکنین (liquor strychnine) کے ۲ یا ۳ قطرے اس عمر میں روزانہ دو یا تین بار مشرب کئے جاسکتے ہیں اور شیرخواروں میں نسبت کم مقداریں۔

خراج شش

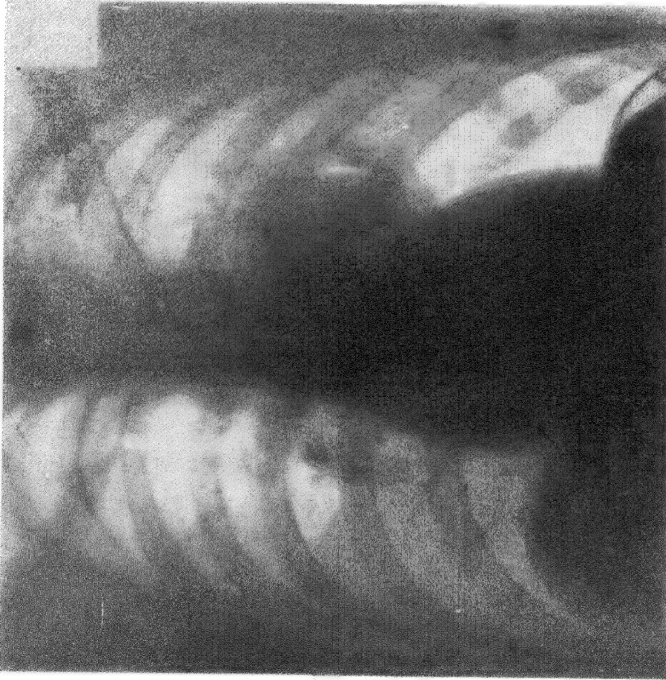
(abscess of the lungs)

پھیپھڑے کا پھوڑا بقیع الدم کا یا عاذات الریه کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ یہ انہی عوامل سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جوشش کا گنگرین واقع کرتے ہیں (حوالہ ملاحظہ ہو) یا قرب وجوار کے بقیع مثلاً ویلہ یازیر ڈائفرامی خراج یا کیسیتی مرض یا شعاع فطریہ کے پھیل جانے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تجدد شش سے خراج کی تفریقی تشخیص مشکل ہوتی ہے تا وقتیکہ خراج پھوٹ کر پیپ خارج نہ کر دے۔ پھر اس کے اساسی امارات (cardinal signs) یہ ہوتے ہیں :- (۱) ریمی بُساق، جو ممکن ہے کہ بدبودار (foul) (۲) کھانسی اور دھماکے کے ساتھ نفث (explosive expectoration)۔ (۳) بُساق کے اندر لچکدار بافت اور جو فیزی ترتیب۔ (۴) قرع کرنے پر محدود (circumscribed) احمیت۔ (۵) لاشعاع سے ایک کہفہ اور اس میں سیال کے لیول کا نظر آنا۔ جب اس کہفہ کا سیال مافیہ کھانسی سے باہر نکل چکا ہو تو کہفہ کے معمولی امارات موجود مل سکتے ہیں جیسے کہ کہفہ بڑا ہونے کی صورت میں طبلی گنگ کہفگی (cavernous) یا قدری (amphoric) نفث، فلزی جھنکار (metallic tinkling) اور صد رکلامی (pectoriloquy)۔ بقیع الدم کے متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے کہفوں کے طور پر نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ فی الحقیقت اُن کی موجودگی عموماً گرد و پیش کے تجدد یا ذات الجنبی انصباب کی وجہ سے مخفی رہتی ہے (صفحہ ۵)۔

انذار اور علاج۔ شعبہ بینی (bronchoscopy) نے انداز میں ایک انقلاب پیدا کر دیا ہے۔ یہ مشاہدہ کر کے کہ پیپ کس شعبہ سے آرہی ہے خراج کا مقام



الف



الف اور ب۔ پھیپھڑے کا پھوڑا۔ خراجی کہف میں پیپ کا سیال لیول دکھانے کے لئے یہ انتصابی اور
جانبی وضعوں میں لی گئی ہیں۔ صفحہ ۲ ب صفحہ ۱۳۷ سے مقابلہ کرو۔ (شعاع شگاشٹین سٹرلنڈ سے لاک
نے لی ہیں)

متعین کیا جاتا ہے، اس کے بعد اصول یہ ہے کہ تعدد کو جو ممکن ہے مکمل یا جزوی یا مصرعی نوعیت کا ہو، دور کر دیا جائے۔ پیپ کو خراجی کہفہ میں سے مخصوص کر لیا جاتا ہے، اور پھر اس میں گو مینال (gomanol) کا تیل ٹپکا دیا جاتا ہے۔ جب پیپ کا بڑا حصہ نکل جائے، تو سب سے نیچے کی تہ کی کاشت کرنے سے ساری عال حاصل کاشت میں حاصل ہوتا ہے، اور اس سے ایک جدرین تیار کی جا سکتی ہے۔

ونٹ (Vincent) کا مرغ لچ (spirillum) اور مکملہ ناعصیہ (fusiform bacillus) غیر عام نہیں ہیں۔ کہفہ کی حسامت اور شکل شعبہ بین کے ذریعہ لپا کڈال (lipiodol) ٹپکا کر متعین کی جا سکتی ہے۔ واحد شعبہ بینی سے شفا یابی ہو سکتی ہے، اگر نہ ہو تو اسکا تکرار کرنا چاہئے۔ دیگر عوامل جو تقيج پیدا کرتے ہیں شعبہ بینی کے ذریعہ حسب ذیل دریافت ہوئے ہیں، کھانسی کے معکوسہ کا مکرور ہونا، مارفیا اور اٹروپن کی بیش معادای (overdosing) شاذ طور پر جم عریبہ یا غیر حبشہ نمایہ کی موجودگی مثلاً سعدانہ، اور شاذ مرآتیس مثلاً نہوضی فطریہ (blastomycosis) اور شعاع فطریہ (actinomyosis)

-(64)

لیفی شش

(fibroid lung)

[تلیف شش (fibrosis of the lung)، مزمن

ذات الریه (chronic pneumonia)]

بحث اسباب۔ مرض شش کی یہ شکل متقابلہ شاذ ہوتی ہے، الہا بچوں میں، وجہ یہ ہے کہ بالغوں میں روی بافت کے مزمن التهابات غالب تعداد میں ندرن کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ وہ اصابتیں جن میں ایک مزمن التهاب ندرن سے الگ واقع ہوتا ہے، اور جنہیں لیفی شش (fibroid lung) کا نام دیا گیا ہے صرف شاذ حالاتوں میں ایک پیش رو واحد لختی ذات الریه (acute lobar pneumonia) سے پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن شبہی ذات الریه ایک زیادہ کثیر الوقوع پیش رو ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں مزمن شبہی التهاب (chronic bronchitis)

اور ذات البجرب (pleurisy) بسبب ہوتے ہیں

لینی شش کا ایک اہم گروہ وہ ہے جو مختلف کارصا نوں اور کانوں میں کام کر نیوالے کارگیروں میں ہوتا ہے اور جسے تئرب الریہ (pneumokoniosis) کہتے ہیں۔ اس میں کوئلہ، دھات، مثلاً، کرئڈ (emery) کار پتھر (quartz) روئی کے ریشے، روؤں (fluff)، وغیرہ کی گرد سے بھرے ہوئے کرؤ ہوائی کا متواتر استشق ایک طویل المدت منبع خراش ثابت ہوتا ہے۔ اس امر کے لحاظ سے کہ متعلقہ خراش آور کیا ہے، اس مرض کے نام مختلف ہوتے ہیں، مثلاً شش فحمت (anthracosis) (کوئلہ کے برادے سے)، سیوی صوانیت (silicosis) (پتھر کے ریزوں سے) جو کہ بعد میں بیان کی جائے گی) سیوی اسبستوسیت (asbestosis) (اسبٹاس سے)۔

مرضی تشریح - تلیف (fibrosis) شش کا متمیز مظہر ہوتا ہے جب لینی شش ذات الریہ یا شعبی التهاب سے پیدا ہو جاتا ہے تو لینی ساخت کے طورے جوشش میں سے عبور کرتے ہیں، نسبتہ چھوٹے شعبات کی دیواروں کے التهاب سے، اور گرد شعبی التهاب عروق لمفائیہ (peri-bronchial lymphangitis) سے پیدا ہوتے ہیں (جیسا کہ شعبی ذات الریہ میں بیان ہو چکا ہے) جس کی وجہ یہ ہے کہ انبوبات کا درونہ اریکی بافت (granulation tissue) سے بالکل سدود ہو جاتا ہے۔ چنانچہ یہ انطامی شعباتی التهاب (obliterative bronchiolitis) دراصل وہی عمل ہے جو تمد الشعب (bronchiectasis) پیدا کرتا ہے، باستثناء اس کے کہ آخر الذکر حالت میں نسبتہ بڑے انبوبات ماؤف ہو کر کھنک بن جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے تمد الشعب اور لینی شش عموماً ایک دوسرے سے متلازم ہوتے ہیں، لیکن اگر التهابی عمل صرف چھوٹے انبوبات تک محدود ہو تو صرف لینی شش پیدا ہو جاتا ہے (10) یعنی بافت کی اس بالیدگی کے ساتھ انقباض واقع ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ شش کی قدرتی جسامت گھٹ کر صرف دوثلث یا آدمی ہو جائے۔ شش کے انقباض کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ احشاء اپنی جگہ سے ہٹ جاتے ہیں، اور چونکہ عموماً صرف ایک ہی جانب ماؤف ہوتی ہے لہذا واسط (mediastinum) اسی سمت کھنک

آتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ سارا شش متغیر ہو کر لینیافت کا ایک کثیف تودہ بن جائے وہیضہ کی موجودگی کی وجہ سے مختلف چھانوں کا رامادی رنگ ظاہر کرتا ہے (of various shades of grey) اور قوام میں لوچدار (tough) اور چاقو سے کاٹنے پر کرکرا (creaking) ہوتا ہے۔ پلیورازا (pleurogenous) اساتوں میں ڈورہ کی پیدائش کا طریقہ غالباً مختلف ہوتا ہے، اور ان اساتوں میں شش ایک دبیز یعنی تہ کے ذریعہ سینہ سے مثبت ہوتا ہے۔

علامات اور صم۔ یہ مرض عموماً مزمن ہوتا ہے، اور وہ مریض بن میں یہ شناخت میں آجاتا ہے، عموماً پہلے مہینوں یا برسوں شکایت کرتے رہے ہیں۔ مریضوں کی سانس پھول جاتی ہے، اور انھیں کھانسی اور نفث (expectoration) ہوتے ہیں، جو شش کے کہنوں کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو تمدد الشعب: bronchiectasis) مریض اکثر ڈبلا پٹلا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ خوب تغذیہ یافتہ (well nourished) ہو، اور بہر حال وہ کچھ عرصہ کے لئے اس بخار شب عرقی (night sweating) اور عام بنیئی اختلال سے متبرا ہوتا ہے، جو کہ سل روی میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ نفث الدم اکثر موجود ہوتا ہے۔ یہ مریض عموماً ایک جانبی ہوتا ہے۔ سینہ کی تناظر جانب باز کشیدہ (retracted) شائے دبے ہوئے اور عظم الکف کا زاویہ باہر کو ہٹا ہوا ہوتا ہے۔ صدم القلب ماؤف جانب کے طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور سینہ کی تندرست جانب مہش لگی (hyper-resonant) ہوتی ہے۔ ماؤف جانب صرف خفیف سی پھیلتی، اور قوع کرنے پر اتم (dull) ہوتی ہے۔ جب چھوٹی نایاں ملموس ہوتی ہیں تو ہوا کا داخلہ کم ہوتا ہے، ورنہ شعبی تنفس، شعبہ صوتی (bronchophony) صدکلامی (pectoriloquy) اور منظم لفظات ہوتے ہیں۔ قنسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ماؤف شش لاشاعوں سے کچھ غباشت (opacity) ظاہر کرتا ہے، اور پسلیاں کھیرلی پن ("roof tiling") ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔ اکثر انگلیوں کے سروں کی دانت یا گرنر شکلی ("clubbing") (ملاحظہ ہو صفحہ 565) نمایاں ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر راست جانبی منطل قلب موجود ہو۔

تشخیص۔ اس حالت کو سل ریوی (phthisis) مریض انصبابی ذات الجنب (chronic pleurisy with effusion) اور سینہ کے اندر کی خبیث بالیدگی (malignant growth) سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ سل ریوی سے شناخت کرانے والا خاص مظہر، بخار کی اور بنیئی اختلال کی عدم موجودگی ہے۔ یہ مرض اکثر سختی کے ساتھ یک جانبی اور قاعدی ہوتا ہے، برخلاف سل ریوی کے، جو عموماً راسی ہوتی ہے، اور دوسرے شش کو مآؤف کئے بغیر شاذ ہی ایک شش کے اندر ترقی یافتہ درجہ تک پہنچتی ہے۔ علاوہ ازیں نساق میں عصیات تدریجاً نہیں پائے جاتے۔ دیرینہ ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion) جکے ساتھ سینہ باز کشیدہ ہو، لینی شش سے قریبی طور پر مشابہت رکھ سکتا ہے اور ممکن ہے کہ تشخیص کو صاف کرنے کے لئے سوئی کے ذریعہ استقصا (exploration) کی ضرورت پیش آئے۔ درون صدری سرطانی سلعہ (intrathoracic carcinoma) کی سرگزشت قلیل المدت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ درد اور وسیع تجھتوں اور دباؤ یا قلب کی غیر وضعیت (displacement) کی علامتیں موجود ہوں۔ لاشعاعی امتحان ہمیشہ عمل میں لانا چاہئے، اور اسی طرح شعبہ بنی۔

انذار بالآخر خراب ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ مرض کا مرنہایت مست ہو، اور کس یا پندرہ سال کی وسعت رکھتا ہو۔ بچے بعض اوقات شغایاب ہو جاتے ہیں۔ موت دائیں قلب کے فشل (failure) سے، یا تدریج بڑھتی ہوئی خستگی (exhaustion) سے، جو وافر مواد خارج ہونے کے بعد واقع ہو جاتی ہے، یا انتقالی (metastatic) خراج اور خاص کردماغی خراج سے واقع ہو سکتی ہے۔

علاج۔ مریض کو حتی الامکان بہترین آب و ہوا میں اور صحیح حالات میں رکھنا چاہئے۔ اسے گرمی میں تازگی بخش ہوا (bracing air) لیکن سرما میں ایک گرم آب و ہوا ملنی چاہئے۔ ہر زمانہ میں سردی لگنے سے بچنا چاہئے۔ اور مغذی خوراک، اور مقویات، جیسے کونین، فولاد (iron) اور کالسیور آئیل (روغن جگر ماہی) استعمال کرنے چاہئیں۔ کھانسی، نفث، اور دوسرے علامات، جیسے جیسے کہ وہ پیدا ہوتے جائیں ان کا علاج اسی طریقہ سے کرنا چاہئے جس کی ہدایت سل ریوی

اور شیمی التهاب اور تمدد الشعب (bronchiectasis) کے تحت کی گئی ہے۔
 شش فنجیت - کوئلہ کی کان کھودنے والے کی زندگی صحت مندانہ ہوتی ہے،
 گوکہ ایسا ہونا تعجب انگیز ہے کیونکہ ششوں میں کاربن کی بہت بڑی مقدار کا جاؤ پایا
 جاتا ہے یہاں تک کہ وہ خالی آنکھ کو سیاہ نظر آتے ہیں۔ کاربن تدرن کے خلاف
 حفاظت کرتی ہے۔ تاہم بعض رقبوں مثلاً جنوبی ویلز (South Wales) میں ریوی
 متوانیت (silicosis) واقع ہو کر مرنے سے موت واقع ہو جاتی ہے، لیکن
 ان کان کنوں میں بھی جو کہ دوسرے اسباب سے مرے ہوں ششوں میں پتھر کے
 ریزوں کی مقدار طبعی سے بہت زیادہ ہوتی ہے (51)۔

س ریوی متوانیت (silicosis)۔ یہ ایک وسیع طور پر پھیلا ہوا منستی من
 ہے جس کے لئے کارگیر کو معروضہ طلب کرنے کا حق حاصل ہے اور جنوبی افریقہ
 میں توجہ کے ساتھ اس کا مطالعہ کیا گیا ہے، کیونکہ وہاں یہ رینڈ (Rand) کی سونے
 کی کانوں میں پھیلا ہوا ہے (52)۔ سادہ قسم میں پتھر کے ریزے شش اور
 جذری غدود (root glands) کا گرہ کی تلیف پیدا کرتے ہیں۔ اس سے لاشعاعی ظم میں
 ایک یا دونوں ریوی میدانوں کے بالائی نصفوں میں ایک ممیز یکساں غیر متعلق
 جتنی وار منظر (mottling) پایا جاتا ہے جو کہ بعد ازاں عمومی ہو جاتا ہے۔ غبائشیں
 (opacities) بالعموم اس سے تیز تر اور واضح تر ہوتی ہیں کہ جتنی عمومی تدرن میں ہوتی
 ہیں اگرچہ مشابہت قریبی ہوتی ہے۔ ایک ابتدائی منظر جو کہ شک پیدا کرتا ہے
 ایک بے برگ درخت کی مانند عمومی تشجر (arborisation) ہے جو کہ ششوں میں
 شبمی یا شاید عروقی درخت کی کثافت بڑھ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ابتدائی علامات
 بالکل نہیں ہوتے، لیکن بعد میں کھانسی، متوالی ”زکام“ سانس پھولنا اور معتدل
 نفث پایا جاتا ہے گوکہ لاغری بالکل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے ذات الجنب بھی ہو۔
 سادہ قسم میں تدرن کا اضافہ ہو جاتا ہے کیونکہ استنشق کے بعد پتھر کے
 ریزے آبدگی کی وجہ سے لسونی سلک ترشہ (silicic acid) میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔
 وصاتی سلکیٹ (silicates) بھی بانٹوں کی CO₂ کے ذریعہ سلک ترشہ میں تبدیل
 ہو جاتے ہیں۔ آخر الذکر کی وجہ سے ایک اریکی سلی تودہ ظہور میں آتا ہے جس میں

تھخ کا ایک مرکزی حصہ اور اس کے گرد اگر دالہتہابی تھیں ہوتی ہیں۔ عصیات درنیہ جو کہ اتنی تھوڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں کہ معمولی حالات میں باقیات ان سے نیٹ سکتی ہیں، مرکزی رقبہ میں سرعت سے ٹکاڑ کرتے ہیں اور تعداد میں اتنے بڑھ جاتے ہیں کہ مقامی دفاعی قوتیں ان سے عاجز آ جاتی ہیں اور وہ دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں (50)۔ لاشعاعی فلم میں کے غیر شفاف رقبہ جات جسامت اور توزیع میں زیادہ بے قاعدہ ہو جاتے ہیں، نافجوں کے سایے زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں اور اصابت ایک پورے طور پر نمونہ غیر مشکوک ریوی تدرن کی ہو جاتی ہے۔ مرض کی تحریزیہ۔ گرد سے بچاؤ کی غرض سے دن بھر کے کام کے بعد ہوا کے جھکڑ سے صفائی کر دینا (blasting) گرد کو بٹھانے کی غرض سے پانی اور عمدہ تر ویج۔

مریوی اسبستوسیت (asbestosis)۔ اسبتوس، لوہے اور ایلومینیم (aluminium) کا ایک سلیکیٹ (silicate) ہے۔ مرض نہایت ہی مخفی طور پر بڑھتا ہے، چنانچہ یہ ۶ سے لیکر ۱۲ سال کے کام کے بعد نمودار ہوتا ہے۔ زیریں نختے خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں اور ایک منتشر تلیف اور پلوراکی بڑھی ہوئی دبازت ظاہر کرتے ہیں۔ ڈائفرام دبیز اور غضروف کی طرح سخت ہوتا ہے اور شش کے قاعدے میں مداخلت کرتا ہے، اور لاشعاعی فلموں میں اس کی بالائی سطح ایک نہایت ہی میزبے قاعدہ یا گالے جیسا منظر پیش کرتی ہے۔ آخر کار تمدد الشعب رونما ہو جاتا ہے۔ اس امر کے متعلق کچھ شک ہے کہ آیا تدرن پیدا ہونے کا کوئی خاص احتمال ہوتا ہے۔ باقی میں میزبے اسبتوسی اجسام "asbestos-bodies" پائے جاتے ہیں، لیکن باقی ہر طرح سے علامات یعنی شش کے ہوتے ہیں۔

شش کی گنگرین

162

یہ ایک مقابلہ شاذ و عارضہ ہے، لیکن مختلف حالات میں پیدا ہو سکتا ہے۔ شش کی گنگرین حادہ لختی ذات الریہ (acute lobar pneumonia)

کا ایک طریقہ اختتام ہے؛ بالخصوص اُن اصابتوں میں جن کا انحصار فریڈ لینڈر کے عصبی پر ہو، اور شاید طور پر یہ تل ریوی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اس کے پیدا ہونے کے مزید طریقے یہ ہیں۔ شش پر ہم پہلو مرض، مثلاً مری کے سرطانی سلعہ، خراجات اور متعقبات کیستی دویروں (suppurating hydatid cysts) کے حملہ آور ہونے کے نتیجہ کے طور پر جذر شش (root of the lung) پر انورسا کے دباؤ سے، اور سینہ کی چوٹوں سے جو ذات الریه یا قلع الصدر پیدا کر دیں۔ شعبہ میں پھنسے ہوئے اجسام عذیبہ کی وجہ سے، اور متعقبات انبوبات کے اندر رکے ہوئے افرازات کی موجودگی سے۔ دہن، حلق، حنجرہ، مری یا واسطہ (میڈیا سٹائٹس) کے عفونی امراض [مثلاً زبان یا حنجرہ کے سرطانی سلعہ، لوزتین کے اعتثات (sloughing)، ڈفھیڈ مری کے سرطانی سلعہ] سے نکلے ہوئے ذرات کے پھیپھڑوں کے اندر چلے جانے سے۔ شش کے اندر غذا کے ذرات اتفاقاً یا قئے کی آتش میں کھنچ کر چلے جانے سے؛ بالخصوص اُن اشخاص میں جو مخمور (drunk)، مجنون، قومازہ (comatose) ہو یا شلل حنجرہ (laryngeal paralysis) میں مبتلا ہوں۔ یا سرایت زدہ پانی سے جو غرقابی کے دوران میں سانس کے ساتھ اندر چلا گیا ہو۔ بعض اوقات شش کی گنگرین الہتاب اُذن (otitis) قروح الفرائش (bedsores)، نفاسی عوامل (puerperal disorders) وغیرہ کے بعد قلع الدم پیدا ہونے سے ہو جاتی ہے۔ یہ گندی گی زاعنویات (putrefactive organisms) جن میں عصبیہ ویلچ (Bacillus Welchii) بھی شامل ہے، کی موجودگی سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح - شش کا ماؤف حصہ میلے، سبزی مائل بھورے، یا سیاہ رنگ کا ہوتا ہے، نرم ہوتا ہے، بہ آسانی ٹوٹ جاتا ہے، بلکہ متموہ (diffluent) ہوتا ہے، اور اس میں سے اکثر بدبو نکلتی ہے۔ وہ عموماً متعقبات الریوی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جس میں وہ بتدریج منتقل ہو جاتا ہے، یا جس سے وہ ایک خط فاصل کے ذریعہ کم و بیش فوری طور پر جدا معلوم ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ ضرر بعض اصابتوں میں منتشر ہوتا ہے، اور دوسری اصابتوں میں محدود گنگرینی بافت ممکن ہے کہ ٹوٹ پھوٹ کر نفث کے ذریعہ خارج ہو کر ایک کہنہ چھوڑ دے، جس کی دیواریں

پھٹی ہوئی (ragged) اور پارہ پارہ (shreddy) ہوتی ہیں۔ اور کبھی ایسا کہہ ایک پلیمورائی تاج (pleural sac) میں واہو کریمی تر و اخ الصلا (pyo-pneumothorax) پیدا کر دیتا ہے۔

علامات۔ شش کی گنگرین جیسی کہ وہ اکثر ایک ثانوی ضرر کے طور پر موت سے عین پہلے واقع ہوتی ہے، آسانی نظر انداز ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس مکن ہے کہ اس کے علامات بجائے خود نمایاں ہوں، یا اولی ضرر کے علامات کو ڈھانک دیں۔ نفث تین (foetid expectoration) اور سانس کی بدبو نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ آخر الذکر نہایت تیز ہو سکتی ہے۔ یہ بڑے فاصلہ تک پہنچتی ہے اور ایک ہی کمرے میں مریض کے ساتھ دوسرے شخصوں کا رہنا تقریباً ناممکن کر دیتی ہے۔ ساق میلارادی یا سبزی مائل بھورا، یا متغیر شدہ خون کی وجہ سے سیاہ ہوتا ہے۔ اور اس میں یا تو گنگرینی شش کی بافت کی دھجیاں (fragments) پائی جاتی ہیں، یا خردبین سے تمثیلی لچکدار ریشے پھیلنے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ کبھی نفث الدم (haemoptysis) واقع ہو جاتا ہے۔ کھانسی درد پہلو اور بے قاعدہ اور اکثر متوقف ارتفاع حرارت (intermittent pyrexia) بھی موجود ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات تھجہ اور کہفہ کے ہوتے ہیں جو مرض شش کی وسعت سے متناسب ہوتے ہیں یعنی اصمیت (dulness)، شبعی یا کہنکی تنفس، شعبہ صوتی، اور اوسط درجہ کے یا موٹے لفظات۔ لیکن تشخیص میں ان کی قیمت کا انحصار بڑی حد تک ماضی مرض پر ہونا چاہئے بشرطیکہ ایسا کوئی موجود ہو۔ مکن ہے کہ مرض قشریرہ اور درد پہلو کے ساتھ شروع ہو، یا نفث الدم کے ساتھ یا تپ کے متوالی حملوں اور بدبودار نفث کے ساتھ۔ بیشتر اصابتوں میں انکے بعد انبطاح (prostration) اور اس کے ساتھ نبض تیز اور صغیر اور زبان خشک ہوتی ہے، اور تھوڑے ہی عرصہ میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات ہمینوں یا برسوں تک قائم رہتی ہیں، اور ان میں شدت علامات میں بہت تغیر و تبدل ہوتا رہتا ہے، لیکن ایک مہلک انجام ناگزیر ہوتا ہے۔ اور چند اصابتوں میں جن میں گنگرین کی غالباً ایک چھوٹی چمکتی ہی موجود ہوتی ہے،

فی الحقیقت شفا یابی واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ یہ بدبودار شیمی الہتہاب (foetid bronchitis) یا تمدد الشعب (bronchiectasis) کے علاج سے مشابہ ہوتا ہے۔ آرسینو بنزول (arsenobenzol) یا نوو آرسینو بنزول (novarsenobenzol) سے کامیا بیاں حاصل ہوئی ہیں۔ بعض اوقات ضد عفونت شکاف (antiseptic incision) اور زخیم کی مسیلیت (drainage) کے جراحی علاج سے ایک گنگر۔ نی کہفہ علاج پذیر ہوتا ہے یا شعبہ بینی استعمال کی جا سکتی ہے۔ عملیہ پر اس وقت غور کرنا چاہئے جب کہ یقینی تشخیص ہو سکے اور تسلیم حالات بجائے خود ہلاکت خیز نہ ہوں۔

163

ریوی تدرن

(PULMONARY TUBERCULOSIS)

شش کا تدرن کئی شکلوں میں ہوا کرتا ہے۔ ایک میں عضو کے سارے طول و عرض میں دقیق درنوں (tubercles) کی عام توزیع ہوتی ہے جو حاد طور پر پیدا ہو جاتی ہے اور اس میں عصیات درنہ کسی دوسرے حصے مثلاً شیمی یا غنقی غده سے یا ایک مفصل یا گردے سے یا کم عام طور پر خود شش میں کے مزمن مرض کے ایک مرکز سے خون کے ذریعہ منتقل ہو کر مرض پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ حادثہ اکثر ایک ایسے عام دغنی تدرن (general miliary tuberculosis) کا حصہ ہوتی ہے جس میں درنی الہتہاب سچا یا عموماً ایک نمایاں منظر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔ ریوی تدرن کی دوسری شکلوں میں یہ مشترک منظر ہوتا ہے کہ شش کا مرض سریراتی تصویر کا عموماً بڑا حصہ ہوتا ہے۔

سل س یوی (phthisis or consumption) بلوں یا او اخر طفلی کا ایک مزمن مرض ہے جس میں شش کے ایک چھوٹے حصے عموماً اس میں چھوٹے درنوں (tubercles) پیدا ہوتے اور تھکا کر تے ہیں اور مختلف درجہ کی ہرعتوں کے ساتھ شش کے دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں۔ اس طرح وہ ابتداءً بالکل مقامی ہوتا ہے،

بعد کے تغیرات کو دوسرے عضویوں خاص کر نبقہ ریویہ، نبقہ سبحیلہ اور نبقہ عنبلہ ریویہ کے فعل سے مدد ملتی ہے۔ اسی سلسلہ (apical phthisis) غالباً شش کی راست سرایت کے طور پر شروع ہوتی ہے جو درنی عصیات کے استنشاق کے باعث ہوتی ہے۔ اس امر کے متعلق کہ ابتداء راس کیوں متاثر ہوتا ہے، بہت بحث و مباحثہ ہوا ہے۔ کیتھ (Keith) نے بتلایا ہے کہ شش کا یہ حصہ دوسرے حصوں کی نسبت کم ترویج یافتہ ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ صدر کا قلعہ نسبتاً حرکت ناپذیر ہوتا ہے اور سب سے زیادہ حرکت ڈائفرام پر اور دیوار سینہ کے زیریں حصے پر ہوتی ہے۔ چونکہ ترویج راس پر سب سے زیادہ کم ہوتی ہے، لہذا یہ بھی ہونا ممکن ہے کہ وہاں دوران خون بھی سب سے کم ہو جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہاں عصیات کو ایک موزوں مادی (favourable nidus) مل جاتا ہے۔ دوسری توجیہ جو زیادہ قرین قیاس نہیں معلوم ہوتی، یہ ہے کہ سرایت لوزتین میں شروع ہوتی ہے اور عنتی عروق لمفائیہ کی راہ سے پھیلاؤ کے پاد راست راس شش تک پہنچ جاتی ہے۔

سلسلہ ناچہ (hilum phthisis)، یا گندہ شعبی سلسلہ (peribronchial phthisis) بھی پھیپھڑوں کا ایک مزمن مرض ہے جس کا وقوع بالعموم نچے کی قسم کا کم عام ہے، لیکن بچوں میں مزمن ریوی تدرن عموماً یہی شکل اختیار کرتا ہے۔ خاص مزرعہ شعی غد کی اور ان عروق لمفائیہ کی تدرنی درجہ تکلیف ہے جو گرد و پیش کے شش سے آکر ان غد کے اندر مسلسل ہوتے ہیں۔ پہلے توضیح کر دی گئی ہے کہ ان اصابتوں میں شش ہی اولی ماسکہ (primary focus) بہم پہنچاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 85)۔ پھیپھڑوں کے عروق لمفائیہ درنی عصیات کو اخذ کرتے اور بتدریج اس عمل میں غفلت (choked) یا سدود ہو جاتے ہیں، اور یہ عمل ناچہ کے مقام سے شروع ہو کر بتدریج باہر کو پھیپھڑوں کی طرف پھیلتا ہے۔ سلسلہ ناچہ پھیپھڑوں میں کسی بھی مقام پر اس سے زیادہ حادثہ درنی عمل بھی پیدا کر سکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ سالہا سال کے عرصہ میں شفا یاب ہو جاتی ہے، اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ وہ ریویہ مذہب است، (pulmonary scars) جو امتحان بعد المات میں اس قدر عام طور پر پائے جاتے

ہیں، زمانہ طفولیت کے اسی مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں، جواب ناپید ہو چکا ہے۔ اسی حالت میں بالغوں کی راسی سل (apical phthisis) یا بعد زندگی کی ایک سرایت مکرر (reinfection) ہوتی ہے، اگرچہ اس امراض کہ وہ مریض جسے ایک بار سل نافیج ہو چکی ہے تازہ سرایت کی خاص طور پر خاصیت رکھتا ہے یا خاص طور پر اس کی قوت مدافعت رکھتا ہے، شبہ کی گنجائش ہے۔

تدرن نما (epituberculosis) بچوں میں شش کا وسیع تغیر ہے جو کہ ایک چھوٹے سے تدرنی ماسک کے گرد واقع ہو جاتا ہے۔ تغیر بذات خود درنی اریکی بات کا بنا ہوا نہیں ہوتا، بلکہ ممکن ہے وہ ایک غیر نوعی درنہ نختگی ہو جو بڑے پیمانہ پر اس ورم کے ساتھ جو ایک مانٹو (Mantoux) کے مثبت کا شفیہ پایہ پہنچتا ہے مشابہت رکھتی ہو، چنانچہ یہ ٹیوبرکلن کے اشراق کے بعد فی الفور نمودار ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے تدرنی غدہ کا ایک شبہ پر دباؤ پڑنے سے وسیع ہبوط پیدا ہو گیا ہو، کیونکہ جب تسہ و کودور کیا گیا ہے تو وہ بھی زائل ہو گیا ہے (57)۔ ممکن ہے اہمیت اور شعبی تنفس موجود ہو اور لاشعاع بالعموم دائیں شش کے وسط میں ایک ہموار سایہ ظاہر کرے جو کہ نافیج سے پھیلتا ہو اور جس کا اس محیط پر ہو۔ اس رقبہ کے زل پر درنی عصبیات دریافت ہوئے ہیں۔ اس کو ذلت المویہ ہے اس طرح ممتاز کیا جاتا ہے کہ آخر الذکر میں سایہ کا اس نافیج کی جانب ہوتا ہے، نیز اس میں انحلال چند دن میں واقع ہو جاتا ہے۔ تدرن نما کا انحلال چند ہفتوں کے بعد واقع ہوتا ہے۔ انداز اچھا ہوتا ہے۔

تدرنی شعبی ات الریلہ (tuberculous broncho-pneumonia)

164

ایک حادثہ تدرنی عمل ہے، جو بالخصوص بچوں یا نو عمر بالغوں میں ہوتا ہے، اور جس میں جینی تدرنی ماسکات (caseous tuberculous foci)، مو آغاز پذیر کہنگلی مکیون کے پیچھے ٹروں کے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ وہ بچوں میں عموماً اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ ایک بڑا جینی غدہ متفرق ہو کر ایک بڑے شعبہ میں کھل جاتا ہے، اور اس کا اعلیٰ درجہ کا سرایت رسال مادہ بذریعہ استنشاق سائے پیچھے میں بسرعت منتشر ہو جاتا ہے۔ عموماً اس خاص طور پر موقوف نہیں ہوتا۔

”حاد ذات الریوی سل“ (acute pneumonic phthisis) جسے ”سل راکھ“ (galloping phthisis) یا سل سریع (phthisis florida) کہتے ہیں، ایک اور بھی زیادہ ماحول ہے اور بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

ریوی تدرن کے اسباب پر پہلے عام تدرن کے ابواب میں بحث ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔

سل ریوی کی مرضی تشریح - پھیپھڑوں کے اندر دھن (tubercles) نہایت تمثیلی طریقے سے بنتے اور نمایاں ہوتے ہیں، اور ان میں ان کے عفرتی خلیات کے نظامات (giant-cell systems) اور ان کا تجتبن ہو کر ٹوٹنے کا رجحان موجود ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 86)۔ معمولی راسی ضرر میں یہ عمل ایک چھوٹے مہتہائی شعبہ کی دیوار میں شروع ہوتا ہے۔ تجتبن (caseation) واقع ہوتا ہے اور ذرئی تو وہ نوٹ پھوٹ جاتا ہے۔ اس مواد کا اخراج شعبہ کی راہ سے ہوتا ہے اور ایک دقیق کہن بن جاتا ہے جو اس شعبہ سے ملحق ہوتا ہے۔ اسی درمیان میں یہ عمل شش کی متصلہ بافتوں کے اندر پھیل جاتا ہے جو کہ کچھ تو تجتبن اور کچھ خلوی التهابی ارتشاح (cellular inflammatory exudate) کی وجہ سے متحد ہو جاتی ہیں۔ یہ ٹھوس رقبے رنگ میں سیاہ ہوتے ہیں، اور ان میں چھوٹے سپید جہنی درسنے کچھوں کی صورت میں منتشر ہوتے ہیں، اور زیادہ کہنی متکون (cavity formation) نظر آنے سے پہلے عموماً متحدہ خاصی مقدار میں واقع ہو جاتا ہے۔ تجتبن اور تفتیح کے ایک مخلوط عمل سے کہن بن جاتے ہیں۔ متصلہ یا رحم پہلو کہنے ایک دوسرے میں مل کر بالآخر شش وسیع طور پر کھوکھلا ہو جاتا ہے۔ دیواریں نسبتاً ابتدائی درجوں میں اکثر جہنی جماؤ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن پرانے کہنوں (vomicae) میں یہ بالکل چٹنی ہوتی ہیں۔ وہ اکثر بندوں یا سہکوں (trabeculae) سے عبور کی ہوئی ہوتی ہیں، جن میں ریوی عروق موجود ہوتے ہیں۔ یہ عروق اس اتلافی عمل کی مدافعت کرتے ہیں، لیکن شجبات عموماً جھکا کہنے بڑے ہوتے جاتے ہیں اسی تناسب کے ساتھ متفرج ہو جاتے ہیں، اور ہر کہنہ کے اندر ایک یا زائد شجبات واہوتے ہیں۔ کہنوں (vomicae) کے مافیہ جہنی مادہ، شش کی بافت کا چورہ

(debris) اور پیپ ہیں۔ آخر الذکر شے پڑانے کہنوں میں غالب مقدار میں ہوتی ہے۔ اس کی مقدار تغیر پذیر ہوتی ہے، اور بعض حالات میں اتنی کم ہوتی ہے کہ عرصہ ہانے دراز تک کوئی نفث نہیں واقع ہوتا۔ سئل ریوی کے کہنوں کے اندر رواج گندیگی (putrefaction) صرف شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔

در نہ کا پہلا جماؤ بالائی نختے کے راس سے دو یا تین انچ نیچے، زیر ترقوی خط میں ہوتا ہے، اور پھر تازہ بہ تازہ جماؤ اس سے نیچے ادا پھر اور نیچے واقع ہوتے رہتے ہیں۔ شش کے تازہ بہ تازہ حصوں پر یہ حملہ بلا واسطہ ماست (direct contiguity) سے لمفائی مجاری سے، اور زیادہ تر شعبات کی راہ سے واقع ہوتا ہے، اُن کے اندر سرایت رساں ذرات استنشااق کے ذریعہ آکر مرض کے تازہ ماسکات پیدا کر دیتے ہیں۔ مکن ہے کہ اس وقت تک جب تک کہ نبتہ نیچے کے لیولوں پر در نہ نہیں پہنچا ضرر بہت کچھ تجمد پیدا کر چکا ہو۔ ازاں بعد اس وقت جب کہ در نہ قاعدے کے طرف جمر ہا ہوتا ہے شش کے وسط کا حصہ تجمد ہو چکا ہوتا ہے اور شاید راس میں ایک بڑا کہنہ موجود ہوتا ہے۔ اسی طرح نہ صرف مرض کی ترقی کسی ایک شش میں غیر مساوی ہوتی ہے، بلکہ وہ دونوں جانبوں کے بھی پیچڑوں میں بھی غیر مساوی ہوتی ہے۔ اور اس طرح ایک ترقی یافتہ اصابت میں ایک راس پر نہایت وسیع مرض کا پایا جانا، اور مقابل قاعدے پر نہایت تندرست بافت یا ایسی تندرست بافت کہ اس کے سوا کوئی دوسری تندرست بافت ہی نہ ہو، کا ملنا عام ہے۔ نختہ زیریں کا اولی ضرر (اولی قاعدی رسل = primary basal phthisis) شاذ ہے۔

اُن اصابتوں میں کہ جن میں قوت مدافعت ادنیٰ درجہ کی ہوتی ہے مکن ہے کہ سرایت کے کسی اولی ماسک سے بساق کا استنشااق شعبات کی راہ سے واقع ہو، اور بھی پیچڑوں کے سارے طول و عرض میں بہت سے تجمد اماسکات کم و بیش ہنرماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ جینی مادے کے خارج ہو سکنے سے پہلے مکن ہے کہ ہر ثانوی ماسک کے گرد کاشش در نہ نختہ ہو جائے۔ سار شش کچھ تو جینی اور کچھ جیلاتین نما مادے سے بھر کر بالکل ٹھوس ہو جاتا ہے اور آخر الذکر

مادہ شش کے اس جزو کی نمائندگی کرتا ہے جسکا اتلاف تا مکمل طور پر نہیں ہوا ہے (جُبنی لختی ذات الریه: caseous lobar pneumonia: حاد ذات الریهوی صِل: acute pneumonic phthisis) دوسری مثالوں میں امتحان بعد المات میں بڑے بڑے کٹے اٹھائے عمل تکوین میں پائے جاتے ہیں، اور ان کی دیواریں نہایت پٹھی ہوئی (ragged) ہوتی ہیں۔ اگر مریض اس سے کم ترقی یافتہ درجہ میں مر گیا ہو تو شش کثیر التعداد جد اگا نہ جُبنی اور جِلداتی رقبہ ظاہر کرے گا، جن میں ابتدائی کہنی تکوین پائی جائے گی (جُبنی شعبی ذات الریه: caseous broncho pneumonia) کیونکہ ان رقبوں کو باہم مخلوط ہو کر منتشر ذات الریوی حالت (diffuse pneumonic condition) پیدا کر دیئے کا وقت نہیں ملا ہے۔

165

لیکن اصابتوں کی غالب تعداد میں اس عمل اتلاف کو پورا موقع حاصل نہیں ہوتا۔ الہتابی تغیرات مختلف اصابتوں میں فعالیت کے تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ فساد (mischief) اپنے ممر میں ایک یا زائد بار طویل عرصوں تک موقوف ہو جائے، یا بلکہ ابتدائی زمانہ میں ہی دب جائے، اور آگے نہ بڑھے۔ یہاں لیفی بافت کا نمونہ ایک اہم عامل ہوتا ہے۔ یہ سوائے نہایت حاد اصابتوں کے شاذ ہی غیر موجود ہوتی ہے، اور مزمن اصابتوں میں مرضی شش کی باقی ماندہ بافت کا ایک بڑا جزو بناتی ہے۔ منجھ شش میں بین نختکی فاصلات کے ممر میں اس کے کثیر التعداد بند دوڑتے ہیں، شبابت موقوف دمویہ اور کہنوں کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں، اور حشائی پلیئوراکے نیچے ایک کثیف تہ بناتے ہیں (لیفی صِل: fibroid phthisis)۔ یہ لیفی بافت اکثر طون ہوتی اور جا بجا جُبنی تودوں کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ وہ اپنے انقباض سے کہنوں کی جسامت کو کم کر دینے کا رجحان رکھتی، اور اتلافی اعمال کے مقابلہ میں کیتھرمزاحمت پیش کرتی ہے۔ اور بعض موافق اصابتوں میں درد نہ کا ایک چھوٹا جھاؤ بالآخر تمام تر متغیر ہو کر طون لیفی بافت کا ایک تودہ بن جاتا ہے، جو فی الحقیقت تندرست شش کی اتنی ہی مقدار کی جسکے لئے لیتا ہے، مگر دیگر لحاظ سے بے مضر ہوتا ہے۔ جُبنی مادے میں کیلسیم کے لمحات کے جماؤ کی وجہ سے ان ندبات (cicatrices) کے اندر کلسی فزات کا ملنا غیر عام نہیں۔

اور ایسے ندبہ (cicatrix) کے گرد وہ حالت پیدا ہو سکتی ہے جسے تعویضی نفاذ کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۶) تاہم یہ نہیں سمجھ لینا چاہئے کہ لینی بافت کی تکوین اور تکلیس ہمیشہ اندامی عمل میں آخری درجہ ہوتا ہے۔ سلسلہ وار لاشعاعی امتحان (serial X-ray examination) سے ظاہر ہو گیا ہے کہ ممکن ہے اس نوعیت کے جماؤ بالآخر جذب ہو کر بالکل غائب ہو جائیں، اور پھر مریض کو دوبارہ صحت کلی حاصل ہو جائے۔

ذات الجنب بالکل ابتدائی درجہ میں موجود ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ خشک ہو۔ لیکن ایک صاف پوال کے رنگ کا (straw-coloured) مصلی فائبرینی انصباب نہایت عام ہے، اور یہ یا تو اس مرض میں بہ دیر ہوتا ہے یا اس کی آمد آمد کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ ایسا انصباب خون کے رنگ کا ہو سکتا ہے۔ اسکے خصائص بعد میں بیان کئے گئے ہیں، اور ممکن ہے کہ جب یہ عمل اندام پذیر ہو تو وہ بھی تدریج جذب ہو جائے، یا ایک خشک ذات الجنب رہ جاتا ہے اور آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کے ماؤف حصے پر لینی بافت کی ایک دبیرتہ کی تکوین ہو جاتی ہے، جو شش کو عموماً دیوار سینہ سے مضبوطی کے ساتھ جوڑ دیتی ہے۔ شش کا یہ انضمام (adhesion) ایک اہم اثر رکھتا ہے، کیونکہ اگر عمل اکٹھا ف (process of excavation) سطح کے طرف ایسے نقطہ پر پڑے جو منصفہم (adherent) نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ کہفہ (vomica) متفرج ہو کر اپنے مافیہ پیوری کہفہ کے اندر خارج کر دے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ اول تو ایک حادثات الجنب (acute pleurisy) پیدا ہو جائے جو عموماً ریپی قسم کا ہوتا ہے (یعنی قعیمہ الصلہ ہو جائے)، اور دویم، پیوری تاجچہ کے اندر ہوا داخل ہو کر استرواح الصلہ پیدا ہو جائے، اور اگر سیال موجود ہو تو ایک آبی یاریبی استرواح الصدر (hydro-or-pyopneumothorax) ہو جائے۔

اتلاف ساخت کا ایک دوسرا اہم نتیجہنزف (haemorrhage) ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ صرف امتلا (congestion) کا نتیجہ ہوتا ہے، آخری درجوں میں عروقی دیواروں پر در نہ کاراست حملہ ہو جاتا ہے، اور اسی وجہ سے ممکن ہے کہ

وہ متاثر (eroded) ہو جائیں یا وہ کمزور ہو کر قمع ہو جائیں اور اس طرح انور سے بنادیں جو کہ مثلاً سیس کے بیج کی جسامت تک پہنچ کر بالآخر اپنے سب سے زیادہ پتلے حصے کے مقام پر ٹوٹ جائیں۔

لیکن یہ کہ ریل ریوی کے دوران میں تدرن کا حملہ جسم کے دوسرے حصوں پر ہو جائے۔ مزمار (glottis) کی راہ سے دُرند آلود ساق (tubercle-laden sputum) کے مسلسل گزرنے سے خجری درنہ (laryngeal tubercle) پیدا ہو جاتا ہے۔ ساق کے نکلنے اور بندائی قتال کی راہ سے اس کے بدیرج گزرنے سے لفافنی یا آخور (caecum) کا درنی تفرج اور ناسور مز (fistula in ano) پیدا ہو جاتا ہے۔ باریطون (epididymis) منوی حویصلات (vesiculæ seminales) رحم اور اُس کے قمیمہ جات، پیلیوں اور ریڑھ کی ہڈیوں کا تدرن [اور اس سے پیدا ہونے والے خراجات، جیسے کہ خصری پھوڑا (psaos abscess)] اور دوسری ہڈیوں اور مفاصل کا تدرن، ریوی مرض کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتا ہے اور یا تو اُس سے پیدا ہو جاتا ہے یا بعض مشالوں میں ایک اولی ماسک کے طور پر عمل کرتا ہے۔ بعض اوقات عمومی تدرن (general tuberculosis)، معہ التهاب سحایا (meningitis)، اس منظر کو ختم کر دیتا ہے۔ ایڈیسن کا مرض (Addison's disease) شاذ ہے۔ چند سال پہلے شفا خانہ کی ہسپتالک اصابتوں کی فیصدی تعداد میں جگر طحال، گردوں اور امعاء کا چربشی مرض (lardaceous disease) پایا گیا۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے۔ حاد اصابتوں میں عدم دمویت یا ریوی تہویہ (aeration) کی قلت کے باعث عضلہ قلب شمی انحطاطا ظاہر کرتا ہے۔ مزمن لینی مرض (chronic fibroid disease) میں دایاں بطن بیش پروردہ (hypertrophical) ہوتا ہے۔ شمی جگر عام ہے۔

ریوی کی سرمدیاتی رو دلو۔ ریل ریوی ایک تیز یا ایک سست ممر سے جاری رہ سکتا ہے۔ مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص اس اصابت پر ہو گا جو چہ او سے لے کر چند سال تک جاری رہتی ہے۔

مرض کا آغاز مختلف طور سے ہوتا ہے۔ بہت سی اصابتیں کحانی اور مخاطی ر

یاری نفث سے شروع ہوتی ہیں، جس کا کوئی سبب نہیں بتلایا جاسکتا، یا جو سردی لگنے (chill) یا تکشف (exposure) سے منسوب کیا جاتا ہے۔ دوسری اصابتیں نفث الدم (haemoptysis) یا خون تھوکنے کے ساتھ شروع ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض ظاہر اچھی صحت کی حالت میں رہا ہو اور اس حالت میں بعض اوقات زور لگانے یا محنت کرنے کے بعد، لیکن بالکل اسیقتدرا کر جب کہ وہ یہ حالت آرام ہو یا چل رہا ہو یا کوئی ایسا کام کر رہا ہو جس میں زور لگانا نہ پڑے یا بار نہ پڑے حلق میں ایک گدگد سی محسوس ہوتی ہے، مریض کھانا کھاتا ہے، اور اسے یہ دیکھ کر تعجب اور ڈر معلوم ہوتا ہے کہ اس نے جو کچھ تھوکا ہے وہ خون ہے۔ اب ممکن ہے کہ وہ چند ڈرام یا ایک اونس یا ایک پائونڈ کا نفث کرے۔ ممکن ہے کہ یہی ایک علامت رہے اور سینہ کے امتحان سے کچھ بھی ظاہر نہ ہو، لیکن کچھ عرصے کے بعد خون کے تازہ ضیاع کے بعد یا اس کے بغیر کھانسی اور نفث نمودار ہو جاتے ہیں اور یہ اصابت، دوسری اصابتوں کی طرح منویاب ہونے لگتی ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں صحت میں فرق آجانے کی پہلی ظاہری علامت (first apparent departure from health) یہ ہوتی ہے کہ ایک بالائی لختہ میں حادثات الریوی کیفیت نمودار ہو جاتی ہے، جو صرف جزء صاف ہو جاتی ہے، لیکن کھانسی اور نفث جاری رہتے ہیں، اور اصابت میں سہل کے تمام مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور دوسری اصابتوں میں پہلی قابل شناخت بیماری ذات الجنب اور اگلے ساتھ انصباب مصلی ہوتا ہے۔ یہ انصباب کبھی کبھی خون آلود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس سے بظاہر کلی طور پر شفا ہو جائے اور یا نہ ہو اس کے بعد معمولی ریوی تغیرات نمودار ہو جائیں۔

مختلف اصابتوں میں اس مرض کا مرنہایت متغیر بھی ہوتا ہے۔ وہ مریض جن میں ابتدائی ترین علامات ہوتی ہیں، خواہ یہ نفث الدم ہو یا کھانسی یا لانگری (wasting) اگر آب و ہوا اور اصول صحت کے مناسب حالات میں رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنی صحت کلی طور پر از سر نو حاصل کر لیں۔ اور یہ عرصہ دراز سے معلوم ہے کہ ان اشخاص میں جو حادثات سے ہلاک ہوئے ہوں، یا ایسے

مرض سے مرے ہوں جن کاشتش سے تعلق نہ ہو، راسین (apices) میں ندبی (cicatricial) اور طون پکتیاں، شاید کلسی جاؤ کے ساتھ، پائی جاتی ہیں جن کے متعلق صرف یہ سمجھا جاسکتا ہے کہ یہ مابقی درونوں کی باقیات ہیں۔

لیکن اگر علاج کرانے سے پہلے سرایت خوب قائم ہو چکی ہے تو نتیجہ اتنا تشفی بخش نہیں ہو سکتا۔ چنانچہ مرض تین یا چار مہینوں میں مہلک ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ مریض کو بالآخر ہلاک کرنے سے پہلے وہ بارہ یا پندرہ سال تک جاری رہے۔ اور اس عرصہ میں اس کی ترقی نہایت غیر مساوی رہے گی، اکثر وہ مہینوں یا ایک دو سال تک ساکن رہتا ہے اور پھر بہ سرعت بھڑک اٹھتا اور اس کے ساتھ نفث الدم یا زیادہ بخار ہوتا ہے۔ درآئخالیہ زیادہ سرایت اصابتیں بالخصوص ماؤف شدہ شش کی وسعت کی وجہ سے مہلک ہوتی ہیں۔ زیادہ مدت والی اصابتیں پیچیدگیوں کی کثرت کی وجہ سے زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں۔ ان پیچیدگیوں میں سے بعض خود شش کے ضررات ہوتے ہیں جیسے کہ نفث الدم، تقيج الصدر اور شعی التهاب۔ دوسری وہ ہیں جو دور افتادہ اعضاء کو ماؤف کر دیتی ہیں جیسے کہ تدرنی التهاب سحایا (tuberculous meningitis)، تقرح معاء اور اسہال، التهابہ (nephritis) اور احشاء کا چربشی مرض (lardaceous disease)۔

مقامی علامات۔ اب یہ کیقدر زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کئے جائینگے :-

کھانسی۔ یہ ایک نہایت عام علامت ہے، اور گویا ہمیشہ نہیں، تاہم عموماً اس وقت تک موجود رہتی ہے جب تک کہ مرض کسی حد تک فاعلی رہتا ہے۔ کھانسی یا تو آسانی کے ساتھ ہوتی ہے یا خشک، جس کا انحصار بُساق کی مقدار پر اور اس کے آسانی کے ساتھ نفث سے خارج ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ جب کھنپے وسیع ہوں اور بُساق ماؤف لختہ کے اسفل حصوں میں تہ نشیں ہو جائے تو کھانسی طویل حلوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے جو مریض کے لئے درد انگیز اور اس کے اس پاس والوں کے لئے تکلیف دہ ہوتے ہیں، اور شاید ایک منٹ سے

زیادہ تک جاری رہتے ہیں۔ مخبری پیچیدگیوں کے ساتھ کھانسی ایک بھرائی ہوئی (hoarse) یا رولھی (husky) نوعیت اختیار کر لیتی ہے۔
 بکھر (dyspnoea)۔ سانس کا پھولنا اکثر اُس وقت دیکھا جاتا ہے جب کہ شہمی شنج (bronchial spasm) ہوتا ہے۔ آخر الذکر بعض اوقات حساسیتی دمر (allergic asthma) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ جوں جوں شش کا زیادہ سے زیادہ حصہ مرضی ہوتا جاتا ہے اور اس طرح خون کی گیسوں کے باہمی تبادلہ کے لئے کارآمد سطح کم ہوتی جاتی ہے، بہر بھی زیادہ نمایاں ہوتا جاتا ہے۔

نفث۔ ابتدائی درجوں میں یہ شہمی التهاب کے بُساق سے مختلف نہیں ہوتا، یعنی یا تو وہ محض مخاطی ہوتا ہے یا مخاطی ریمی۔ اور اس کی توجیہ اُس شہمی التهاب کے اعمال سے ہوتی ہے جو اکثر سِل ریوی کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ لیکن بُساق بعض اوقات مقابلتہً ابتدا ہی میں، اور ما بعد درجوں میں تو ہمیشہ ہی ریمی ہو جاتا ہے، اُس کا رنگ بنریا بنری مائل زرد ہوتا ہے اور وہ غیر شفاف اور ہوا کے بلبلوں سے بالکل مبرا ہوتا ہے جب وہ ہنایت سیال ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ انفرادی بُساقات باہم مخلوط ہو کر اپنی جدا گانہ شکل کھودیں۔ لیکن سِل کے بُساق نفث کے بعد اکثر دیر تک جدا جدا رہتے، اور وہ اس گول چٹائی شکل کی وجہ سے جو کہ وہ بُساق دان میں اختیار کر لیتے ہیں، ”سکے نمسا“ (nummular) کہلاتے ہیں۔ یہ بلاشبہ شش کے کہنفوں میں افزائے اجتماع کی وجہ سے ہوتا ہے، اور اسی واسطے سِل میں مستقل طور پر واقع ہوتا ہے، لیکن اُن اصابتوں میں بھی موجو ہو سکتا ہے جہاں متع شبات کہنف پیدا کر دیں (تمدد الشعب bronchiectasis)۔ عصبیات درنیہ کا خرد بینی امتحان بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

167

نفث الذمر (haemoptysis)۔ جب نفث الدم سِل ریوی کی پہلی علامت کے طور پر واقع ہو تو خون عموماً شوخ سرخ رنگ کا اور جھاگ دار ہوتا ہے۔ وہ تغیر پذیر مقداروں میں نفث سے خارج ہوتا ہے اور عام طور پر مریض چند گھنٹوں یا دنوں تک خون کے گلے (pellets) تھوکتا رہتا ہے، جن کا رنگ

سیاہ سے سیاہ تر ہوتا جاتا ہے، اور جو بتدریج کم کثیر الوقوع ہو کر پھر بالکل موقوف ہو جاتے ہیں۔ آخری درجوں میں جب کہ مرض خوب قائم ہو چکا ہوتا ہے مخاطی ریوی یا ریوی بئاساق میں اکثر خون کی دھاریاں ہوتی ہیں یا وہ خون آلود ہوتا ہے۔ بئاساق میں چند دھاریاں شبی مخاطی جھلی میں کے چھوٹے عروق سے آسکتی ہیں، لیکن سبب ریوی کا زیادہ متمیز خاصہ وہ شوخ رنگ خون ہے جو کہ بئاساق کے ساتھ ملا ہوتا ہے، یا جیسے ہوئے خون کے گلوں کا اخراج ہے جو اکثر دن کے وقت ہوتا ہے۔ وقتاً فوقتاً زیادہ افراط کے ساتھ ویسے ترغفات واقع ہو سکتے ہیں جیسے کہ پہلے بیان کئے گئے ہیں جن میں خون معمولی افراز سے الگ ہو کر نکل آتا ہے اور اگر کوئی بڑی رگ متفرج ہو گئی ہو، یا اگر ایک کہفہ میں کا ایک چھوٹا فورسما مشقوق ہو جائے (جو صورت کہ زیادہ اکثر ہوا کرتی ہے) تو تھوڑے ہی عرصہ میں خون کے کئی اونس یا ایک دو یا ٹنٹ خارج ہو کر اس کے بعد موت بہ سرعت واقع ہو سکتی ہے۔ نفث الدم دن کے وقت ہونے کی نسبت رات کو ہونے کا کیتقدر زیادہ رجحان رکھتا ہے اور ایسا غالباً سردی کی وجہ سے ہوتا ہے (28)۔

طبعی امارات - سریریاتی نقطہ نظر سے راسی سِل (apical phthisis) کے تین درجے بیان کئے جاتے ہیں (Turban-Gerhardt) کی جماعت بندی)۔ درجہ اول میں جو ابتدائی اصابتوں کا ہوتا ہے، مرض ایک یا دونوں راسوں کے ایک چھوٹے رقبہ میں محدود ہوتا ہے۔ درجہ دوم میں شمعہ ہوتا ہے، اور مرض ایک نختہ کے سارے یا زیادہ تر حصے کو ماؤف کرتا ہے۔ درجہ سوم اور بھی زیادہ وسیع مرض کا ہوتا ہے جس میں وہ تمام اصابتیں شامل ہیں جن میں کہنتی تنکون بہت ہوتی ہے۔

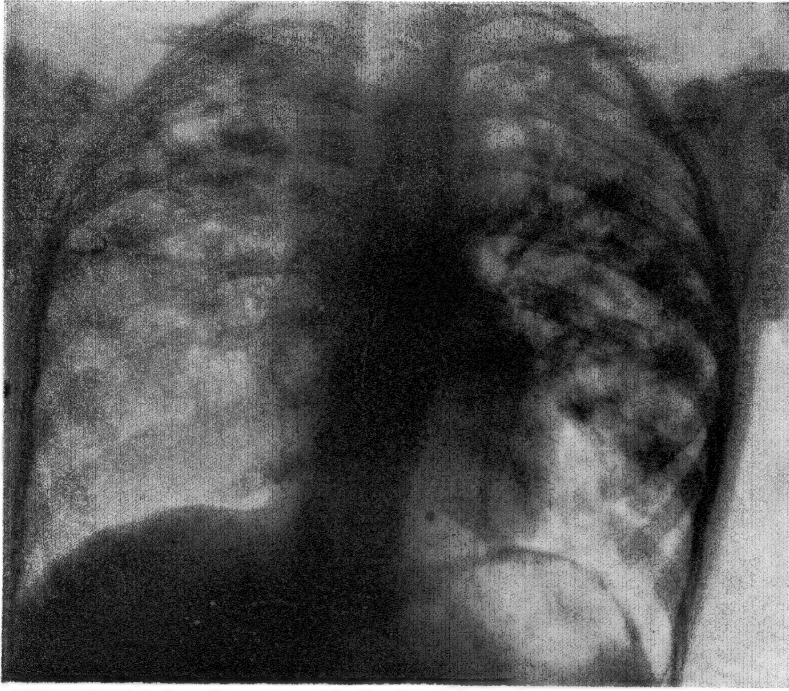
طبعی امارات انھیں درجوں کے لحاظ سے بہترین بیان کئے جاتے ہیں۔ درجہ اول میں ممکن ہے کہ وہ نہایت خفیف ہوں، اور مختلف اصابتوں میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آنکھ یا ہاتھ کے ذریعہ ماؤف یا بر حرکت پذیری (mobility) کی ایک خفیف سی کمی شناخت کی جائے۔

اس مقصد کے لئے سکون کے ساتھ تنفس (tranquil respiration) کے دوران میں اور کامل تنفس (full respiration) کے دوران میں اضافی حرکات کو غور سے دیکھنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ اس کا یہ احتیاط قلع (percussion) کرنے پر مقابل جانب کے مقابلہ میں سر کی خفیف سی کمی (slight impairment of note) مائی جائے۔ طبی حالت میں اسی گنگ کا ایک ۵ و ۵ تا ۵ سینٹی میٹر (۳/۱ انچ تا ۲/۱ انچ) جوڑا بند ہوتا ہے جو شانے پر پھیلا ہوتا ہے (خاکنائے کرائنگ: Krong's isthmus)۔ بحالت مرض یہ تنگ ہو سکتا ہے۔ ترقوی ہڈی کے عین نیچے ترقوی ہڈی پر یا فوق الترقوی حفروہ (supra-clavicular fossa) میں سر کی کمی (note) بھی مل سکتی ہے۔ مریض کو ڈھیلی وضع میں بیٹھا ہوا ہونا چاہئے۔ استماع سے اکثر حویصلی خریر (vesicular murmur) کی کمی (diminution) اور باریک یا اوسط درجہ کے لفظات (fine or medium râles) پائے جاتے ہیں جو کھانسنے کے بعد پہلے شہیق کے اختتام کے قریب بہترین سنائی دیتے ہیں۔ زفیری خریر بلند اور لمبا ہو سکتا ہے جیسے کہ شہیقی تنفس میں اور ممکن ہے کہ صوتی گنگ (vocal resonance) کی زیادتی اس کے ہمراہ پائی جائے۔ لیکن یہ یاد رکھنا نہایت اہم ہے کہ لمبا بلند زفیری خریر جس کے ساتھ بلند صوتی گنگ ہو، تندرست اشخاص میں بھی دائیں جانب پر غیر عام نہیں ہوتا، بالخصوص عورتوں میں۔ اور بالعکس، ایک ابتدائی اصابت میں اس سے پہلے کہ ہم طبی امارات پر سے یقین کے ساتھ یہ کہہ سکیں کہ اسی سہل کی شہادت موجود ہے، تھوڑے تھوڑے وقفوں پر مکرر امتحان کی ضرورت ہوتی ہے۔ سر کا کم ہو جانا (impairment of note) اور لفظات (râles) نہایت قابل اعتماد امارات ہیں۔ لیکن بعض اوقات قصی ترقوی مفصل میں ایسی آوازیں (sounds) پیدا ہو جاتی ہیں جو چمکنے والے لفظات (crackling râles) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ یہ قاعدہ جھٹکے دار (jerky) یا لہری (wavy) تنفس (یعنی نام نہاد دت پہیا تنفس = cog-wheel respiration) کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

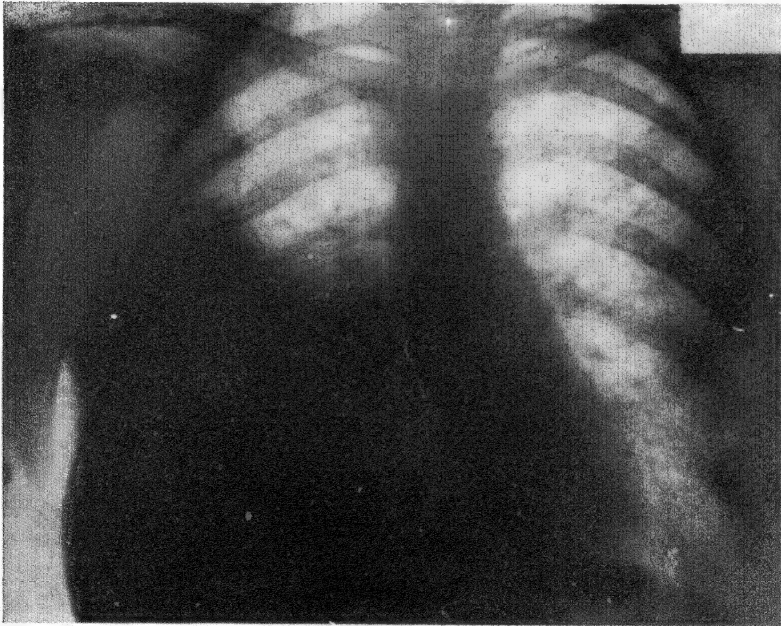
درجہ دوم (تجدد) میں طبی امارات کئی لحاظ سے ذات الریہ کے

دوسرے درجہ کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ماؤف شدہ شش کی وسعت کے لحاظ سے ماؤف جانب کی نقل پذیری (mobility) میں کمزوری (impairment) ہوتی ہے۔ اور جب ترقی مرض غیر معمولی طور پر سرخ نہری ہو تو ترقوی ہڈی کے اوپر اور ترقوی ہڈی کے نیچے کے خطوں میں سرخ نشیب ہوتا ہے، جو یعنی ساخت کے انقباض سے، یا شاید بافت کے اُس ابتدائی ترین اتلاف سے پیدا ہو جاتا ہے جس سے کہنے پیدا ہو گئے ہیں جو ابھی اس قدر چھوٹے ہیں کہ طبعی امارات سے نہیں پہچانے جاسکتے۔ جوں جوں اصابت جاری رہتی ہے قزع کرنے پر ہلک کی کمی (loss of resonance) بڑھتی جاتی ہے۔ لیکن یہ اہمیت (dulness) شادی اتنی مطلق ہوتی ہے کہ جتنا کہ ایک پلورائی انصباب پر۔ استماع کرنے پر مختلف صفتوں اور ارتفاع (pitch) کا شعبی نفس سنا دینا ہے، اور آواز اور کھانسی بلند شمعہ صوتی کے ساتھ (loudly bronchophonic) ہوتے ہیں۔ تنغم لفظات (consonating râles) اور مختصر خرخرات (short rhonchi) عموماً سنا دیے ہیں۔

درجہ سوم (اکتہاف، excavation) میں جب کہ مرض کچھ عرصہ تک قائم رہ چکا ہے، ایک شش کو خطرناک طور پر ماؤف کر چکا ہے، یا دوسرے شش پر بھی حکم کرنا شروع کر چکا ہے، سینہ کی شکل میں نہایت سرخ تغیرات موجود پائے جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ ماؤف جانب پر سینہ انتہائی زفیر کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ وہ چپٹا، لمبا، اور تنگ ہو جاتا ہے۔ شانہ پست اور ڈھلواں ہوتا ہے۔ عظم الکلف کا زاویہ زیریں اندر کی طرف بہت جاتا ہے، اور اوپر والی پسلیاں سامنے کی طرف ایک دوسرے سے عرضاً دور ہو جاتی ہیں، اور نیچے والی پسلیاں باہر جمع ہوتی ہیں، اور سرخسینی زاویہ (epigastric angle) گھٹ کر اپنی صغیر ترین جاہت اختیار کر لیتا ہے۔ پسلیوں کا باہمی اجتماع ایک لاشعاع منظر پیش کرتا ہے جسے کھیریل پن ("roof-tiling") کہتے ہیں۔ عمومی تنقط صحفہ الف (Plate 6, A) میں دکھلایا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ سینہ میں اس عام تغیر کے علاوہ سینہ کے بالائی حصے کی باز کشیدگی (retraction) اور ساتھ ہی اس کی



الف۔ ترقی یافتہ سل ریوی کی وجہ سے شش کا وسیع تنقظ اور دہیں راس پر گھٹ موجود ہے۔



ب۔ دایاں پلیورائی انصباب۔ (یشوع ٹکاشتین مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

حرکت کی ایک متناظر کمی بھی ہوتی ہے۔ قرع کرنے پر سُرِ اِصم (dull note) ہوتا ہے، خواہ کہنے موجود ہی کیوں نہ ہوں۔ لیکن جب کہنفہ بڑا ہو تو ایک بیش گنگی (hyper-resonant) سُر حاصل ہوتا ہے۔ اگر ایک بڑا کہنفہ شعبی نالی کے ساتھ آزادانہ ارتباط رکھتا ہو، اور مریض کا منہ کھلا ہو، اور تو قرع کرنے سے اکثر چھوٹی ہنڈ یا جیسی آواز (cracked pot sound) یا صوتِ ظرف شکستہ (bruit de pot fêlé) نکلے گی، جو سکوں کی ایسی جھنکار (clink of coins) سے کیسے مشابہ ہوتی ہے جیسی کو دو لو با تھوں کو ملائے ہوئے اور کھوکھلا رکھ کر گھٹنے پر مارنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس آواز کی پیدائش میں دو عناصر کار فرما ہوتے ہیں: (۱) ایک ہوا سے بھرے ہوئے کہنفہ کی موجودگی۔ (۲) قرع کرنے پر ہوا کا تیزی کے ساتھ ایک تنگ فتح کی راہ سے باہر نکلنا۔ استماع کرنے پر ممکن ہو کہ ہمیں شبی (bronchial)، کہنفکی (cavernous) اور قدری (amphoric) تنفس ملے، بلحاظ اس امر کے کہ کس قدر اکہتاف اور اس کے گرد تکلیف (fibrosis) موجود ہے۔ وہ حقیقتہً قدری صرف اسی وقت ہوتا ہے جبکہ کہنفہ بڑا ہو۔ شبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) بھی پائے جائیں گے۔ کہنفوں پر بڑی جسامت کے کرکراہٹ دار لغطات (crackling râles) اور فلزی جھنکار (metallic tinkling) سنائی دیتی ہے۔ استماعی اصوات عمیق شہیق لینے یا کھانسنے پر بہترین نکلتے ہیں، جب کہ بعض اوقات بعد سعالی امتصاص (post-tussive suction) کی آواز بھی سنائی دیتی ہے۔ تاوقتیکہ ایک کہنفہ کم از کم اخروٹ کی جسامت کو نہ پہنچ گیا ہو، وہ غالباً تجدد کے مقابلہ میں ممیز امارات نہیں پیش کرتا۔ ساتھ ہی یہ بھی بتلا دینا چاہئے کہ اس وقت جب کہ دوران زندگی میں کہنفہ کے کوئی امارات موجود نہ تھے، بعد الملمات امتحان میں ایک کہنفہ پایا گیا ہے۔

نظامِ دردورانِ خون۔ مزمن سِل ریوی میں قلب نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے، جیسا کہ اس کے عرض کی لاشعاعی پیمائشوں سے ظاہر ہوا ہے، جو صحیح دروں نگار (ortho-diagraph) کے ذریعہ سے لی گئیں۔ خاص عامل جو اس کا سبب ہوتا ہے غالباً مزمن کمئی ورزش (chronic under-exercise) ہے۔ یہ ایک

عدم استمالی ذبول (disuse atrophy) ہے۔

عام علامات - اسر تفاع تیلش (pyrexia) - سل ریوی کے ابتدائی ترین ایام سے بخار موجود ہو سکتا ہے، لیکن یہ عموماً شش میں کے تدرنی عمل کی فاعلیت سے کچھ نہ کچھ نسبت رکھتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مرض وقتاً فوقتاً غیر فاعلی ہو جاتا ہے، تو بخار بھی متناظر عرصہ کے لئے غیر موجود ہو سکتا ہے۔ لیکن وہ اکثر مہینوں تک مسلسل موجود ہوتا ہے۔ صبح کی نسبت شام کو تپش عموماً زیادہ بلند ہوتی ہے، اور وہ یا تو متفرق (remittent) قسم کی ہوتی ہے یا متوقف (intermittent) قسم کی۔ بخار کے زیادہ بلند درجوں کے ساتھ وہ بے آرامی اور کسندی (discomfort and malaise) ہوتی ہے جو اسر تفاع حرارت میں عام ہے۔ جب تپش گرتی ہے تو دافر پسینے (profuse sweats) آتے ہیں، بالخصوص مرض کے بڑھے ہوئے درجوں میں، اور کبھی کبھی پسینہ آنے سے پہلے خفیف سی سردی لگتی ہے۔ لیکن حقیقی تشریر و نادر الوقوع ہے، اور عام ترین واقعہ یہ ہے کہ مریض رات کے ابتدائی حصے میں جہاں تک کہ کھانسی موقع دے، کم و بیش سکون کے ساتھ سو جاتا ہے، اور علی الصبح بیدار ہو کر خود کو پسینہ سے اشرابور پاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں بھی کسی قدر شب عرقی (night sweating) غیر عام نہیں۔

(لاغری) (loss of flesh) اور ضیاع قوت۔ دُبا پن سل ریوی میں قاعدہ کلیہ کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک ابتدائی ترین علامت ہو، اور اس وقت جب کہ کھانسی محض ایک شبی نازلت سمجھی گئی ہو یہ ایک انتباہی نشان ہو۔ ایک مریض اس صابت کے اختتام پر لاغری انتہائی درجہ کی ہو جاتی ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں تغذیہ اس وقت بھی خاصہ اچھا قائم رہتا ہے جب کہ طبیعی امارات یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ایک بڑا بلکہ صریحاً فاعلی ضرر موجود ہے۔ عضلی طاقت جلد کمزور پڑ جاتی ہے، اور مریضوں کی توانائی جاتی رہتی ہے اور وہ سست ہو کر طویل محنت کے ناقابل ہو جاتے ہیں، خواہ یہ محنت دماغی ہو یا جسمانی۔ لیکن بہت سے مریضوں میں دماغی حالت بڑی امید اور اعتماد کی ہوتی ہے، اور اس وقت بھی

جسب کہ وہ مجبور اور بے دست و پا پڑے ہوتے ہیں وہ اس کا صحیح اندازہ لگانے میں قاصر رہتے ہیں کہ وہ کس قدر بیمار ہیں اور توقع رکھتے ہیں کہ اگر ایک بار کھانسی سے نجات مل جائے تو شفا ملے گی ہو جائے گی۔

عل مرد مویت (anæmia) ایک کثیر الوقوع علامت ہے، ابتدائی اور آخری دونوں درجوں میں اور اگر نفث الدم سے خون ضائع ہوا ہو تو یہ اور بھی شدید ہوتی ہے۔

نرراق (cyanosis) - چہرہ کمود ہوتا ہے، بالخصوص اُن حاد اصابتوں میں جن میں کُشش کا ایک بڑا رقبہ موقوف ہو اور اس وجہ سے شریانی خون کا تا کسد (oxygenation) ناقص ہو۔ اُن مزمن اصابتوں میں جن میں قلب کی دائیں جانب کس قدر متسع ہو گئی ہو، زیادہ بین زراق ہوتا ہے، جو بالخصوص وریدی دوران خون کے بطور (retardation) کے باعث ہوتا ہے، جب کہ نظامی خون (systemic blood) سے عروق شریانیہ کی طرف معمول کی نسبت زیادہ آکسیجن خارج ہو جاتی ہے۔

انگلیوں کی گہر زشکیلی (clubbing of the fingers) سل ریوی کا ایک عام منظر ہے، اگرچہ صرف یہ اُسی سے مختص نہیں۔ بقیہ انگلی کے لاغر ہو جانے کے باعث یہ منظر اور بھی نمایاں ہو جاتا ہے۔ یہی تیز پاؤں کی انگلیوں میں بھی نظر آ سکتا ہے۔ (ملاحظہ ہو پیش پرورشی ریوی عظمی وادامہ مفصل = hypertrophic pulmonary osteo-arthritis)

علامات سوء هضم جیسے کہ عدم اشتہا، متلی اور تھکے دوران مہر مرض میں کسی وقت واقع ہو سکتے ہیں۔ آخری درجوں میں متلی یا غذا سے نفرت اس قدر نمایاں ہو جاتا ہے کہ طبیب اور ممرضہ کو یہ ایک خاص وقت ہوتی ہے کہ مریض کو کوئی بھی چیز کیسے کھلائی جائے۔ آخری درجوں میں اسہال (diarrhoea) عام ہوتا ہے۔ یہ محض نازلتی حالت کے باعث ہو سکتا ہے، یا لفائی (ileum) کے تفریح یا چربشی (lardaceous) مرض کی وجہ سے۔ اجابتیں مختلف ہوتی ہیں، بعض اوقات زرد رنگ کی، غیر ہضم شدہ اور اُن میں قدر

مخاط یا خون ہوتا ہے۔ التهاب باریطون (peritonitis) ایک درنی قرصہ کا نتیجہ نہایت شاذ ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر وہ باریطون میں کے درنوں کے باعث ہوتا ہے، لیکن یہ ایک عام پیچیدگی نہیں ہے۔

متذکرہ بالا علامات کے علاوہ جسم کے دوسرے حصوں میں درنے جم جانے سے بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں جیسا کہ مرضی تشریح کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔ ان میں سب سے زیادہ عام حنخری تدرن (laryngeal tuberculosis) ہے۔ علاوہ ازیں مختلف عفونی پیچیدگیاں ہو سکتی ہیں جیسے کہ دامل (furuncles) قروح الفراش (bed-sores) وغیرہ آخری درجوں میں اور فخذی وریلی علقیت (femoral venous thrombosis) جو بائیں طرف زیادہ عام ہوتی ہے۔

ریوی تدرن کی دوسری شکلیں - ذات الریوی سل (pneumonic phthisis) (حننازیری ذات الریوی = scrofulous pneumonia) یہ بہت کچھ حادثات الریہ کے حملہ کی طرح شروع ہوتی ہے، جس میں ایک پہلو میں درد تیز بخار، سردی لگنا (chills) اور شب عرق (night-sweats) کھانسی اور نفث ہوتے ہیں۔ طبعی امارات بھی ذات الریہ کے ہوتے ہیں۔ لیکن وہ اس پر سب سے زیادہ نمایاں ہو کر نیچے کو پھیلے ہیں۔ اصمیت (dulness) شبی نفث اور شبہ صوتی (bronchophony) کے ساتھ موٹے مخاطی لفظات، منغم لفظات (consonating râles) اور بلند کلک (loud clicks) ہوتے ہیں۔ اکثر یہ حالت ایک بھیدیلے کی نسبت دوسرے میں بہت زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یہ خرابی بسرعت پھیل جاتی ہے، ارتقاع پیش شدید ہوتا ہے، پسینے بکثرت نکلتے ہیں، اشتہا بالکل جاتی رہتی ہے، اور انبطاح (prostration) انتہائی درجہ کا ہو جاتا ہے۔ شش کی شکست و ریخت (breaking down) ہونے کے آثار زائد سے زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ پیش متوقف (intermittent) طرز اختیار کر لیتی ہے۔ بساق ریخی ہو جاتا ہے اور اس میں شش کی بافت کا چورہ (debris) موجود ہوتا ہے۔ یہ بیماری یا تو خستگی (exhaustion) کی وجہ سے یا نفث الدم کے

باعث (جو اگر کچھ ہوتا ہے تو نہایت افراط کے ساتھ) اکثر پانچ سے بارہ ہفتوں تک میں مہلک ہو جاتی ہے۔

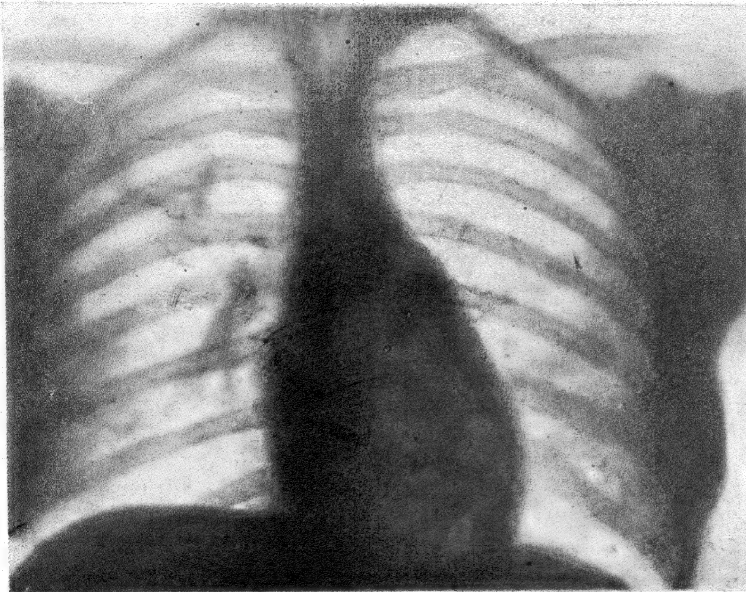
سِلّ ناچھا (hilum phthisis)۔ یہ مرض کی ایک مزمن شکل ہے۔ مریض جو عموماً بچہ اور بعض اوقات بالغ ہوتا ہے ہمیشہ تکان کے احساس کی شکایت کرتا رہتا ہے۔ پیش اکثر خفیف سی بلند ہوتی ہے، یعنی صبح کے وقت شاید ۹۹ درجہ فارن ہائٹ اور شام کو ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ (متقیبی)۔ پیچھے کے طرف شش کی جڑ کے مقام پر ایک یا دونوں جانب عظم الکف کے فقری کناروں کے درمیان گھٹا ہوا سُور (impaired note) ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ خاکنائے کرونگ (Kronig's isthmus) بھی کم ہو گئی ہو۔ لفظات (râles) سناؤ ہی سنائی دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بالغوں میں قریبی سر میں کوئی تبدیلی نہ پائی جائے۔ ان نہایت ہی غیر متعین طبیعی امارات کے برعکس لاشعاعیں جڑ کی طبیعی چھاؤں (normal root shadows) میں زیادتی ظاہر کرتی ہیں (جو غالباً لمغائی درختگی کے باعث ہوتی ہے) اور وسیع باریک تنقط (mottling) پھیپھڑوں پر ہر جگہ پایا جاتا ہے۔ صرف اسی وقت جب کہ یہ کیفیت جو ابتداء مرکزی ہوتی ہے، سطح تک پہنچ جاتی ہے، لفظات سینہ پر مختلف مقامات پر بالخصوص پھیپھڑوں کی بیرونی سطحوں پر سنائی دیکتے ہیں۔

170

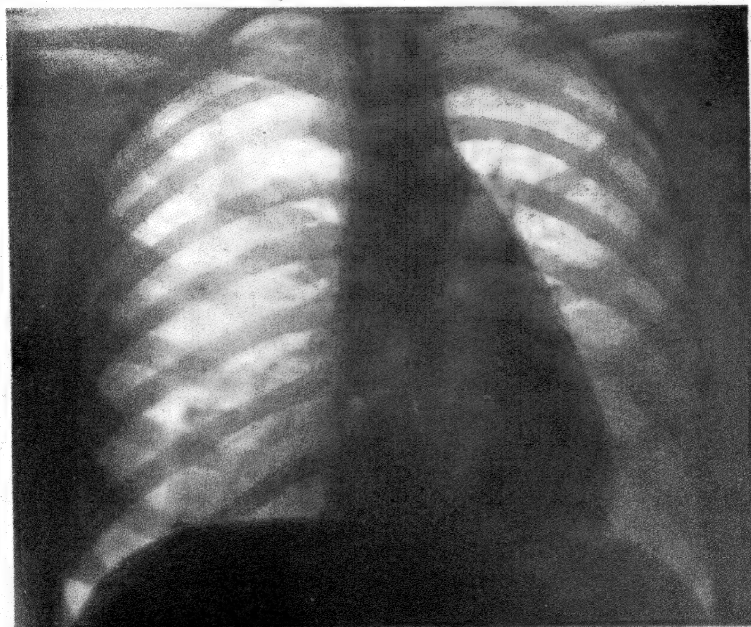
لیفی سِلّ (fibroid phthisis)۔ یہ راسی سِلّ (apical phthisis) کی ایک نہایت مزمن شکل ہے، جو اکثر صرف ایک ہی شش کو مآؤف کرتی ہے۔ سریر یاتی لحاظ سے یہ حالت مرضی شش کے انقباض کے علامات سے شناخت میں آتی ہے۔ سینہ بیٹھا ہوا (sunken) ہوتا ہے، قلب مآؤف جانب کی طرف ہٹا ہوا (displaced) ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مقابل شش اپنا گمگ دار رقبہ اسی سمت میں بڑھا دے۔ اگر بائیں شش مرضی ہے تو ممکن ہے کہ طحال اور جگر اور اگر دایاں شش مآؤف ہے تو ممکن ہے کہ جگر سینہ میں دُور تک اوپر کھینچ آئے۔ کہفوں کے طبیعی امارات خاص کر اس پر ہوتے ہیں جیسے کہ سِلّ کی دوسری اصابتوں میں۔ لیکن گمگ کی کمی، شعبی تنفس اور شعبہ صوتی (bronchophony)

شائد سارے ماؤف شش پر موجود ہوتے ہیں۔ اگر دوسری جانب ماؤف ہوتی ہے تو وہ صرف راس پر ماؤف ہوتی ہے۔ اکثر کھانسی یا نفث زیادہ نہیں ہوتے۔ پسینہ بھی نہیں ہوتا، اور تپش طبعی ہوتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ قلب کے دائیں جانب کا فسل ہو، اور اس کے ساتھ سانس پھولا ہوا، استنقا اور زرق بھی۔

سل کی تشخیص۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں علامات اور طبعی امارات تشخیص کو واضح کر دیتے ہیں۔ ابتدائی درجوں اور سکون (quiescence) یا ایقا (arrest) کے زمانوں کے سوائے، بساق درہنی عصیات ظاہر کرے گا۔ ان کی شناخت کے لئے ضروری ہے کہ ان کی تلوین کر کے ان کو ۳۵ یا ۴۰ قطروں کی خردبینی طاقت سے دیکھا جائے۔ آجکل زیل نیلسن (Ziehl Neelsen) کا طریقہ تلوین عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شیشہ، محافظ پر بقی کی ایک پستلی تہ کا آلود (smear) پھیلا لیا جاتا اور آہستہ آہستہ گرم کر کے خشک کر لیا جاتا ہے، اور پھر شریحہ (slide) کو ایک اسپرٹ لیمپ کے شعلہ میں سے تین بار گزرا کر اسے مثبت کر لیا جاتا ہے۔ الکحل مطلق کے۔ احمصوں میں فکسین (fuchsin) کے ایک حصے کا محلول، فینال کے ۵ فی صدی آبی محلول کے ۱۰۰ احمصوں میں شامل کر دیا جاتا ہے۔ اسے گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ بجاپ اٹھنے لگے۔ اب فلم کو نیچے کے طرف رکھتے ہوئے شیشہ، محافظ کو اس آمیزہ پر تین یا چار منٹ تک ترایا جاتا ہے، اور پھر پانی سے دھو کر سلیٹیوٹرک ایڈ کے ۲ فی صدی محلول میں ڈبو دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ اس کا رنگ اڑ جائے۔ پھر اس کو پانی میں دھو لیا جاتا ہے اور میتھیلین بلیو (methylene blue) کے تقریباً سیر شدہ آبی محلول کے ذریعہ اس کی ضد تلوین (counter-stain) کر لی جاتی ہے، پھر اسے جلدی سے پانی سے دھویا جاتا ہے، خشک کیا جاتا ہے اور اس کا ترکیب زائلال بالسم (xylol balsam) میں کر لیا جاتا ہے۔ نیز تشخیصی اغراض کے لئے بقی کا اشراب ایک گینی پگ میں کیا جاتا ہے، اور چھ ہفتوں کے بعد اس جانور کا امتحان دُغنی تدرن (miliary tuberculosis) کے لئے کیا جاتا ہے۔



الف۔ سل ریویس دائیں راس پر کھنکھہ ہے



ب۔ وہی مریض استرواح الصدر کے امالہ کے بعد۔ دیکھو ایک چھوٹا سا کھنکھہ منور باقی جو پیش اور جداری پلیورا کے درمیان انضمام ہے اور قلب بائیں طرف کو ہٹا ہوا ہے۔ (یہ شعاع نچا شستین ستر لٹ سے لاک نے لی ہیں)

لچکدار بافت کے ریزے جو آخری درجوں میں بقیہ کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، خردبین سے دیکھے جاسکتے ہیں جس کے لئے آن چھوٹی ناہموار گرہوں (nodules) کو جو بعض اوقات پائی جاتی ہیں، سوئی سے کرید کر پھیلانا چاہئے، یا بقیہ کو بیس منٹ کے لئے لائکر سوڈی (liquor sodæ) میں ابال کر نفل (sediment) کا امتحان کرنا چاہئے۔ لچکدار بافت ہر اس اصابت میں پائی جاتی ہے کہ جس میں شش کی بافت کا فاعلی اتلاف ہو۔

پل ریوی کے ابتدائی درجوں میں اس کی موجودگی کا یقینی طور پر جاننا نسبتاً بہت زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ کھانسی، نفث اور لاغری کی زیادہ بین علامتوں کے علاوہ جو ممکن ہے کہ سب کی سب غیر موجود ہوں، مندرجہ ذیل سے قیمتی اشارات (indications) حاصل ہوتے ہیں:۔ (۱) تنکان کا احساس جس کی مریض کو شکایت ہو ا کرتی ہے۔ (۲) مستقیمی پیش میں تغیرات۔ نہایت ابتدائی اصابتوں میں مستقیمی پیش علی الصباح اس پیش کی یہ نسبت کم ہو ا کرتی ہے جو کہ اوسط معمولی موضوع کی ہوتی ہے، یعنی ۹۰ درجہ فارن ہائٹ سے نیچے۔ ازاں بعد ۷ بجے صبح وہ ہمیشہ ۴۸ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر اور شام کو ورزش کے ایک گھنٹہ کے بعد ۵۰ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر ہو ا کرتی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عورتوں میں مستقیمی پیش حیض شروع ہونے سے ایک ہفتہ پہلے اور کبھی کبھی ابتدائی حیض کے بعد ایک ہفتہ تک طبعی طور پر قدرے بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ (۳) ذات الجنب کی سرگزشت بھی موجود ہو سکتی ہے۔

ابتدائی طبیعی امارات جو تشخیص میں کیقدر مفید ہو سکتے ہیں، یہ ہیں:۔ ایک اس پر گمک کی کمی (impaired resonance) اور ساتھ ہی گھٹا ہوا حویصلی خریر (vesicular murmur) یا گھٹے ہوئے حویصلی خریر کے ساتھ شہیق (inspiration) کے دوران میں یا کھانسنے کے دوران میں لغطات (râles)۔ شش کی تشخیص میں رائجینی شعاعوں (Rontgen rays) سے قیمتی مدد حاصل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ طبعی امارات پائے جانے سے پہلے مثیلی مناظر موجود ہوں (صفحہ ۶ الف و ۷۔ صفحات 168, 174 ملاحظہ ہوں)۔ ممکن ہے کہ

ایک ڈانفرام کی حرکت میں کمی ابتدا ہی سے موجود ہو۔

مختلف قسم کے جلدی دھبے (tuberculides) جب جلد پر شناخت ہو جائیں تو کسی اندرونی تدرنی ضرر کا پتہ دیتے ہیں (ملاحظہ ہو بعد کے صفحات)۔

تشخیص میں ٹیوبرکیولین (tuberculin) - مانٹو (Mantoux) کا کاشفاب عالمگیر طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ متدیم ٹیوبرکلین (tuberculin) (Okell, 1930) کو بھاپ کے اوپر دس گنا مرکب کیا جاتا ہے اور اس کو ۵۔۰ فی صدی فینال (phenol) پر مشتمل ایک طبی مالح کے ذریعہ ترقیق کر کے ہر چودہ دن کے بعد ۱۔۱، ۱۔۱، ۱۔۱، ۱۔۱ کی طاقتوں میں محفوظ کر دیا جاتا ہے۔ ۱۔۱ کا ۱۰۰ ملکب سینٹی میٹر لے کر اس کو دروں جلدی طور پر اشراب کروایا جاتا ہے جس طرح کہ صفحہ ۱۴۰ پر بیان کیا گیا ہے۔ ایک تاخیر پذیر مواعظ، التہابی جمعیت (response) جس کی اعظم مقروۃ ۲۴ یا ۴۸ گھنٹے سے پہلے واقع نہ ہو تدرنی ہرایت ظاہر کرتی ہے (53)۔ یہ نہایت تعجب کی بات ہے کہ بچھڑے کے گوشت کی گلہ بین آمینختہ (glycerinated) پیپٹونی یخنی بالکل ٹیوبرکلین کی طرح عمل کرتی ہو (54)۔ اس سے اس واقعہ کی یاد تازہ ہوتی ہے کہ واژرمن (Wassermann) تعامل کے لئے ضد جسم آفرین (antigen) غیر آتشکی مادہ سے تیار کیا جاتا ہے۔ اگر رد عمل بالکل نہ ہو تو اگلی طاقت استعمال کی جاتی ہے، و علیٰ ہذا القیاس۔

تشخیص مہتمم تشبیتی تعامل کے ذریعہ (complement fixation reaction) جس طرح تدرن کی تشخیص کے لئے بارڈے گنگاؤ (Bordet Gengou) کے تعامل کے استعمال سے بعض کارکنوں کی رائے کے مطابق حال ہی میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ زندہ عصیات درنیہ کا ایک مستحلب (emulsion) بطور آئینی جن (antigen) کے کام میں لایا جاتا ہے۔ جب اسے ایک تدرنی مریض کے مصل کے ساتھ ملا یا جائے تو یہ مہتمم (complement) کی تثبیت کر دیتا ہے، چنانچہ ایک حساس گودہ دم پائسل (sensitised hæmolytic serum)

کے ذریعہ سرخ خلیوں کی دم پاشیدگی (haemolysis) واقع نہیں ہو سکتی (30)۔
 نفث الدہر (haemoptysis) کو تدرن کی دلالت سمجھ لینے سے پہلے
 یہ صاف طور پر پہچان لینا چاہئے کہ خون درحقیقت کس شے سے آتا ہے، نہ کہ معدے
 ناک، یا دانتوں سے۔ مریض کے بیانات اکثر غیر تشفی بخش یا گمراہ کن ہوتے ہیں۔
 خون پھیپھڑوں سے کھانا ہوا، سرخ اور جھاگ دار ہونا چاہئے۔ اکثر اس کے
 آنے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہوتی ہے، اور منہ کی کا وہ احساس نہیں
 ہوتا، جو قے الدم (haematemesis) میں زیادہ عام ہے۔ مزید برآں اگر خون
 پھیپھڑوں سے آیا ہے، تو مریض آواز ادا نہ نرف واقع ہونے کے بعد عموماً چوبیس یا
 اڑتالیس گھنٹوں تک بساق کے ساتھ ملا ہوا خون تھو کے گا۔ یہ ممکن ہے کہ
 پس پیور (purpura) میں خون کا نفث فی الحقیقت کس شے سے ہو، لیکن اس کا
 سبب متلازم علامات پر سے باسانی پہچانا جائے گا۔ بعض اوقات نو عمر اشخاص میں
 مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں نفث الدم ہوتا ہے۔ اگر چیل ریوی الکلیت
 اور کھبت جگر (cirrhosis of the liver) اکثر ایک ساتھ پائے جاتے ہیں، تاہم پھیپھڑوں
 سے خون کا آنا اکثر کھبت (cirrhosis) کے دوران میں تدرن سے بالکل علیحدہ
 بھی ہو سکتا ہے، اور غیر معمولی بلند شویانی دباؤ کی وجہ سے بالخصوص مسر
 اشخاص میں نفث الدم کا ہونا شاذ نہیں۔

بعض اوقات میں رو (intercurrent) شعبی التهاب (bronchitis) یا ذات الریه سے سل ریوی مخفی ہو جاتی ہے۔ ایک یا دوسرے اس پر طبعی
 امارات کی تغخیم (accentuation) اہم ہے، نیز سرگزشت مرض نفث الدم (اگر
 وہ موجود ہو) اور بساق میں عھیتوں کا پایا جانا۔ علامہ الشعب (bronchiectasis)
 کے ساتھ غلط ملط ہو جانے کے امکان کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔
 تقبیہ الصدر کے ساتھ بخار، پسینہ، اور لاغری موجود ہوتی ہے، اور اگر وہ کسش میں سے
 ہو کر پھوٹ پڑے تو کھانسی اور ریوی بساق موجود ہوگا۔ طبعی امارات عموماً قاعدے
 میں موجود ہوں گے۔

انذار۔ اور کسی مرض میں اصابتیں شاذ ہی اس قدر مختلف ہوتی ہیں

جس قدر کہ وہ سب ریوی میں ہوتی ہیں۔ اگر اس کی شناخت اس کے ابتدائی درجہ میں ہو جائے تو یہ اس قدر کلی طور پر شفا یاب ہو سکتی ہے کہ سریر یا قی طور پر اس کے کوئی آثار نہیں پائے جاسکتے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ چند ہی مہینوں میں ہلک ہو جائے۔ یا ممکن ہے کہ یہ دس بیس بلکہ پچاس سال تک جاری رہے اور اس سارے عرصہ کے دوران میں واضح طبیعی امارات اور علامات موجود رہیں۔ اس میں سرایت کی قشیت (virulence) اور مریض کی قابلیت مدافعت یہ دونوں تغیر پذیر عناصر ہوتے ہیں، اور تا وقتیکہ مریض کچھ عرصہ تک زیر مشاہدہ یا زیر علاج نہ رہے یہ اندازہ کرنا مشکل ہے کہ اُن میں سے کون غالب رہے گا۔

مکن ہے کہ علاج سے فی الفور بہتری واقع ہو جائے، یا دورانِ مرض میں کسی وقت بھی مریض کی محافط قوتیں اس قدر زیادہ ہو جائیں کہ عرصہ دراز کے لئے اس کے عمل کو روک دیں۔ اور کسی حالت میں بھی اس کے متعلق جلد بازی سے پیشین گوئیاں نہ کرنی چاہئیں کہ خاتمہ کب ہوگا۔ تاہم بعض حالات کے متعلق معلوم ہے کہ وہ انداز پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ مثلاً مڈ ہرسٹ (Midhurst) کی شاہ ایڈورڈ ہفتم کی صحت گاہ سے خارج شدہ سبیل کے مریضوں کی سرگزشت تھائے مابعد (after-histories) نے اخراج کے تین تا سات سال بعد پہلے درجہ میں ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ فی صدی اموات (Turban-Gerhardt) درجہ دوم میں ۳۰ فی صدی اموات اور درجہ سوم میں ۴۰ فی صدی اموات ظاہر کئے۔ تب تدرنی التهابِ حجرہ بھی موجود تھا تو یہ اعداد علی الترتیب ۹، ۲، ۳، ۳، ۶ اور ۳۰ فی صدی تھے۔ اس پیچیدگی نے انداز کو بہت بدتر بنا دیا، بالخصوص ابتدائی درجوں میں (۵)۔ دوسری پیچیدگیوں کی موجودگی بھی ناموافق ہوتی ہے۔ انداز اس وقت بہت بہتر ہوتا ہے جب کہ علاج کی وجہ سے یا تو بساق نہ ہو یا اس میں عصیات درنیہ نہ مل سکیں۔ انداز کا انحصار اس احتیاط کی مقدار پر بھی ہوتا ہے جو مریض اخراج (discharge) کے بعد اپنے متعلق اختیار کرے۔ بالعموم وہ مرفہ الحال اشخاص کے نسبت اہلِ حرفہ کی حالت میں بہت بدتر ہوتا ہے۔ حل بھی اس مرض پر ناموافق اثر رکھتا ہے

اور یہ امر ابتداء زچگی کے بعد مشاہدے میں آتا ہے۔

تحریر - تازہ ہوا اور عمدہ غذا، یہی کہ مریض سل کے لئے مناسب بنائی گئی ہے، مسلول والدین کے بچوں کے لئے بھی مناسب ہے۔ ایسے ہی ذرائع سے وہ اس عصبیت کے مقابلہ کے لئے اپنی بامتنوں کی قوت مدافعت بہترین طور پر بڑھا سکتے ہیں۔ ان مسلول مریضوں کو جو شادی کرنے والے ہوں اس خطرے سے آگاہ کر دینا چاہئے کہ ان کی اولاد میں اس مرض کے مویاب ہو جانے کا امکان ہے۔ اسی طرح ایک تندرست زوج کو سرایت ہو جانے کا صریح خطر ہے۔ اگر کسی مکان میں ایک مسلول مریض رہتا ہے تو دوسرے تندرست ملکینوں کو سرایت کے خطرہ سے اپنی حفاظت کرنی چاہئے۔ مریض کو ایک علیحدہ کمرے میں سونا چاہئے جس میں کوئی دوسرا نہ رہے۔ درونی جامے (underclothes) اور برتر کے کپڑوں کو دھونے سے پہلے گرم پانی میں جھلسالینا چاہئے۔ مکان میں وافر ترویج ہونی چاہئے۔ تمام اسابتوں میں بساقوں (sputa) کو ایک عفونت کش سیال (۵ فی صدی کاربولک کے محلول) کے اندر تھکنا (eject) چاہئے، اور بالآخر انھیں دس منٹ کے لئے اُبلتے ہوئے پانی میں شلشف کر کے بے ضرر (innocuous) بنا لینا چاہئے۔ تدرن زدہ مائیں اپنے شیرخوار بچوں کو دودھ نہ پلائیں۔

علاج - ایک ابتدائی اسابت کے لئے اہم ترین علاج کامل سکون و آرام سے یہاں تک کہ کوئی تپ باقی نہ رہے، اور مرض اسابتوں کے لئے ایک زریں قاعدہ یہ ہے کہ ہر ہفتہ میں ایک دن بستر میں گزارا جائے۔ دیگر ضروریات تازہ ہوا (ملاحظہ صفحہ 5) اور مفطر عمدہ غذا، حتی الامکان مریض کو بے محنت اور بے غم زندگی بسر کرنی چاہئے۔ عورت میں حمل نہ ہونے دینا چاہئے، اور اگر حمل شروع ہو گیا ہو تو اسے ابتدائی درجہ ہی میں ختم کر دینا چاہئے۔

تدرنی سرایت کا ثبوت بہم پہنچنے کے بعد مندرجہ بالا مقاصد کو مد نظر رکھ کر علاج حتی الامکان فی الفور شروع کرنا چاہئے۔ علاج کے کار آمد طریقے دو گروہوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں۔ - عمومی، یعنی صحت کا ہی علاج، تبدیل آب و ہوا کے ساتھ یا اس کے بغیر۔ نوعی (specific)، یعنی ٹیوبرکیولین کا علاج

مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) اور سانوکرائسین (sanocrysin) - علامتی علاج (symptomatic treatment) بھی حسب ضرورت عمل میں لانا چاہئے۔

صحت کا ہی علاج (sanatorium treatment) - صحت کا ہی علاج
 کا اولین مقصد یہ ہے کہ مریضوں کو مرض کے متعلق کافی معلومات حاصل کرا دئے جائیں تاکہ وہ اپنی باقی زندگیوں میں ایسے حالات کے تحت بسر کر سکیں جو شفا کے لئے سازگار ہوں۔ دوسرا مقصد یہ ہے کہ کم از کم تین ہفتوں کے عرصہ کے لئے، جسے اس سے بہت زیادہ طویل ہونا چاہئے، ایسے حالات بہم پہنچا دئے جائیں جو ان کی شفا یابی کی ابتدا کرنے میں مدد ہوں۔ مریضوں کو حد سے زیادہ گرم نہ رکھنا چاہئے، کیونکہ سردی تحول (metabolism) میں، پیچ پیچاتی ہے۔ وہ علاؤن بھر اور رات بھر کھلی ہو امیں رہتے ہیں، کسی کھلے مقام پر یا ہوا اور مینہ سے بچانے والے محفوظ مقامات (shelters) میں سونے کے کمرے اور دن کے کمرے کا مل طور پر ترویج یافتہ ہوں اور یہ کمرے ایسے بنے ہوئے ہوں کہ گرد و غبار کے اجتماع کو روکیں۔ مریضوں کو عمدہ غذا دی جاتی ہے، یعنی روزانہ سادہ مگر مختلف قسم کے تین کھانے دئے جاتے ہیں، اور کھانے کے بعد پکی ہوئی غذا کو تول کر اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ وہ غذا کی کافی مقدار کھائیں۔ ورزش کی اجازت صرف اسی وقت دی جاتی ہے جب کہ صبح کی تپش طبعی درجہ پر اور شام کی تپش (ستیمی) ۹۹.۵ سے اوپر نہ ہو۔ ورزش تپش کو غالباً کچھ عرصہ کے لئے بڑھا دیگی۔ اگر تپش ایک گھنٹہ کے آرام کے بعد طبعی درجہ پر نہ گرجائے تو ورزش موقوف کر دینی چاہئے۔ مریض آہستہ چلنا شروع کرتا ہے اور پھر ورزش کی مقدار بتدریج بڑھائی جاتی ہے۔ بہر حال وہ کھانا کھانے سے ایک گھنٹہ پہلے اور ایک گھنٹہ بعد تک آرام لیتا ہے۔ اور اسے تند ورزش اور ہيجان پیدا کرنے والے کھیلوں یا تفریحات کی ممانعت ہے۔ مریض کا لباس ہوا کی تپش کے مطابق ہونا چاہئے۔ اس نظام کے مطابق علاج کرنے سے بہت سے مریضوں کو عارضی طور پر فائدہ پہنچا ہے، لیکن اس پر تین ماہ کے عرصہ (جس کے لئے وہ بعض اوقات تجویز کیا جاتا ہے) سے بہت زیادہ مدت تک عمل پیرا ہونا چاہئے۔

واقعہ یہ ہے کہ غربا کی جماعت کے مریضوں کے با احتیاطا منضبط کردہ نتائج کے ایک سلسلہ سے ظاہر ہوا ہے کہ تین ماہ کا صحت گاہ ہی علاج بالکل فائدہ بخش نہ ہوا، غالباً اس وجہ سے مریض اپنے طبعی ماحول میں دماغی اور جسمانی طور پر مدافعت مرض کے لئے کم و بیش متوافق ہو گیا تھا، لیکن صحت گاہ میں کچھ عرصہ بھرنے کے بعد اس کا یہ توافق زائل ہو گیا، اور جب وہ اپنے معمولی ماحول اور کام پر واپس گیا تو پھر یہ توافق اُسے دوبارہ حاصل نہ ہوا (Ward)۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ صحت گاہ میں چند روزہ قیام یوں بھی مفید ہو گا کہ مریض اپنے علاج کے اصول سیکھ جائے گا، تاکہ وہ خود اپنے گھر پر جہاں تک حالات اجازت دیں اُن پر عمل پیرا ہو سکے۔ بالخصوص آرام، ترویج، نساق کے جمع کرنے اور تلف کرنے، اور مغذی غذا کی افراط پر زور دینا چاہئے، اور مریضوں کو اپنی تیشیں لینا سیکھنا اور جب تک تیش بڑھی ہوئی ہو بہتر آرام لینا چاہئے۔ اس محلہ سے تدرنی دواخانے (dispensaries) مفید ہیں۔

173

صحت گاہ کی ایک ترقی یافتہ صورت تدرنی نوآبادی (colony) ہے، جہاں مریض مو اپنے خاندان کے کم و بیش مستقل طور پر اضلاع میں موافق حالات کے تحت رہ سکتے ہیں، اور کوئی ایسا پیشہ انجام دے سکتے ہیں جو ایک حد تک اُنکے علاج کے مصارف پورا کر دیتا ہے (31)۔

تبدیل آب و ہوا۔ عموماً جو مقامات منتخب کئے جاتے ہیں وہ جسنوبی آفریقہ، نیوزیلینڈ، سوئزرلینڈ یا ٹاترا (Tatra) کی بلندیاں، ڈیوا اس (Davos)، مانتانا (Montana) اور ملو جا (Maloja) جیسے مقامات پر ہیں یا انگلستان کا مشرقی ساحل جو ایک پہاڑی مقام کے غلیباقی اثرات کہ جس کی فضا میں نسبتہ پست آکسیجن دباؤ ہوتا ہے، عیدیم المثال ہوتے ہیں (55)، اور جو کچھ بھی فائدہ ہوتا ہے یقیناً انہی کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے، خصوصاً خون آفریں اعضا پر ایک تہیجی اثر، جس سے کثرت خلیات احمر اور خون میں ہیمو گلوبن کی زیادتی واقع ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 5)۔ بااوقات طویل المدت سکونت کی ضرورت ہے اور کسی درمیان مقام مثلاً بال (Bâle) پر کچھ وقت پہلے گزار لینا زیادہ محفوظ ہے۔ مریض کو ان میں سے کسی ایک مقام پر خشک، سرد اور تقویت بخش ہوا

مل سکتی ہے، جس سے وہ بلا سردی لگ جانے کے خطرے کے روزانہ کئی گھنٹوں تک گھر سے باہر بکر لطف اندوز ہو سکتا ہے۔ اور سارا موسم سرما اس سردی مطلوبیت اور کپڑے محفوظ رکھ کر صرف کر سکتا ہے جو کہ انگلستان کے بیشتر حصہ میں اس موسم میں ہوتی ہے اور گرمی میں اپنے گھر واپس آ سکتا ہے، جب کہ موسم زیادہ قابل برداشت ہوتا ہے۔ سرمایہ آمد کے ساتھ اسے پھر وہی آب و ہوا تلاش کرنی چاہئے جسے وہ موافق پا چکا ہے۔ سل ریوی کے ان مریضوں کے لئے، جنہیں ثانوی شعبی التهاب کی سرایت ہو، ایک خشک آب و ہوا بالخصوص مرغوب ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ نسبت کم شدید آب و ہوائیں (milder climates) فائدہ مند ہوں جیسے کہ ریویرا (Riviera) کی یا انگلستان کے جنوبی ساحل کی غسل آفتابی (sun-bathing) یا علاج شمسی (heliotherapy) یا ماورائے بنفشی روشنی (ultra-violet light) سے علاج، جیسا کہ جراحی تدرن میں عمل میں لایا جاتا ہے، بالعموم قرین مصلحت نہیں ہوتا کیونکہ ششوں کے امتلاء کے باعث نفث الدم ہونے کا امکان ہے۔ سوئزر لینڈ میں تو یہی تجربہ ہوا ہے، تاہم ممکن ہے اس ملک میں لوگ اسے بہتر برداشت کریں۔ یہ علاج نہایت آہستہ آہستہ شروع کرنا چاہئے اور جراح سے شروع کر کے منقطعہ سطح کو بتدریج بڑھا دینا چاہئے۔ حرقت الشمس (sun-burn) سے بچاؤ کرنا چاہئے۔ مقصود یہ ہو کہ احمرار (erythema) یعنی جلد کی سرخی پیدا ہو جائے، جس کے بعد لونیت (pigmentation) پیدا ہو جاتی ہے۔ جہاں مرز فاعلی ہو، اور محنت کرنے پر خفیف بخار، نفث الدم وغیرہ ہوں وہاں علاج شمسی کا استعمال نہیں کرنا چاہئے (32)۔

ٹیوبرکیولین کا علاج (tuberculin treatment)۔ اس سے یہ مقصود ہوتا ہے کہ اجسام دافعہ (anti-bodies) پیدا کر کے جسم کو تدرنی سرایت سے مناعت یافتہ کر لیا جائے۔ شاید کلخ کی جدید ٹیوبرکیولین (Koch's new tuberculin) یا 'ٹی۔ آر۔' (T. R.) (tuberculin Ruckstand) جو نونف کردہ (trituated) انسانی عصیوں کا ایک مستحلب ہے، نہایت عام طور پر استعمال ہے۔ اس کی مقدار خوراک کے متعلق موجودہ دستور یہ ہے کہ اسے اس نقطہ سے

اگر کہفہ صدر کے اندر ہوا کا اشرب کیا جائے تو پھیپھڑاؤب کر پچک جائے گا نیز یہ ممکن ہو جائے گا جس سے اندام کو مدد پہنچتی ہے (65)۔

یہ عملیہ ان اصابتوں میں خاص کموزوں ہوتا ہے جن میں ایک شش تو وسیع طور پر مرض زدہ ہو اور دوسرا نسبتاً تندرست۔ گذشتہ زمانہ میں یہ بالخصوص ترقی یافتہ اصابتوں کے لئے کام میں لایا جاتا تھا، لیکن موجودہ رجحان اسے زیادہ وسیع طور پر استعمال کرنے کا ہے، فی الحقیقت بیک جانبی مرض کی ہر اصابت کے لئے جس میں ترقی عمل پھیل رہا ہو۔ اعداد و شمار کی شہادت موجود ہے کہ یہ علاج مفید ہوتا ہے (Saugman)۔ نفث الدم، نزف والی جانب پر فوری استرواح الصدر عمل لانے کا خاص داعیہ ہے۔ اس علاج کو صفحہ ۶ میں واضح کیا گیا ہے۔

آلہ دراصل ایک مبزل اور فنولچہ (trocar and cannula) پر مشتمل ہوتا ہے جو اولاً ایک آبی فشار پیم (water manometer) سے اور ثانیاً ایک ہوا بھرے ہوئے آخذ (receiver) سے ملحق ہوتا ہے تاکہ ہوا کی ایک نپ ہوئی مقدار سینہ کے اندر داخل کی جاسکے۔ جلد اور عمیق تریاقتیں ۵۔۷ فی صدی نوکین (novocaine) سے عذیم الحس کر لی جاتی ہیں۔ کچھ کا یا تو براہ راست یا جلد کے آر پار ایک خفیف سا شگاف دے کر لگایا جاتا ہے۔ اور یہ امر کہ سوئی کہفہ پلیوئرا کے اندر ہے فشار پیم کے سیال کے ارتعازات سے شناخت ہو جاتا ہے، اور بلاشبہ یہ سیال ایک منفی دباؤ ظاہر کرتا ہے۔ یہ ارتعازات پانی کے ۴ تا ۶ کمب سینٹی میٹر ہونے چاہئیں۔ اور اگر ارتعازات ۲ یا ۳ cms سے زائد نہ ہوں تو سوئی غالباً کہفہ پلیوئرا کے اندر نہیں ہے۔ جب اس کا یقین ہو جائے کہ سوئی کہفہ پلیوئرا کے اندر ہے تو ہوا ۳۰۰ سی سی تا ۵۰۰ سی سی کے برابر یا فشار پیم کے نقطہ صفر کے قریب قریب ارتعاز کرنے تک، اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ ایک ہفتہ کے بعد اور ہوا کا اشرب کیا جاسکتا ہے۔

ہوا کی مکرر بھرتی (refills) اس گیس کے جذب کے لحاظ سے ۵۰۰ تا ۸۰۰ سی سی کی مقداروں میں اور ابتداً ہفتہ وار یا پندرہ روزہ وقفوں سے ہونی چاہئے اگرچہ بعد میں زیادہ طویل وقفے دئے جاسکتے ہیں، کیونکہ جذب نسبتاً کم ہوگا۔ اسے تین سال یا زائد عرصہ تک جاری رکھنا چاہئے۔ آخری دباؤ پانی کے ۱۰۔۱۵ اینٹی میٹر سے

کبھی زائد نہ ہونا چاہئے۔ زمانہ ماضی میں خاص حادثہ ہوا کی سداویت (embolism) کے باعث ہوا ہے۔ لیکن اگر سونی فی الحقیقت پلیورائی کہفہ کے اندر ہو تو یہ کبھی واقع نہیں ہو سکتا، اور یہی مقصد فشارِ پیمائے رکھنے کا ہے۔ بالکل شاذ اصاباتوں میں ناگوار اثرات، یعنی بھر اور اختلاجات، شہوب، بلکہ بعض اوقات بے ہوشی بھی مشاہدہ میں آتے ہیں جو پلیورائی معکوسہ (pleural reflex) سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ بعض اوقات واسطہ (mediastinum) کمزور ہوتا ہے اور باسانی مقابل جانب کی طرف ہٹ جاتا ہے۔ اس میں ممکن ہے کہ بے آرامی اور بھر ہو جائے۔ یہ حالت لاشعاعوں سے باسانی شناخت کی جاسکتی ہے، اور یہاں اس امر پر زور دینا چاہئے کہ علاج سے پہلے اور شروع سے آخر تک ہر اصابہ کو لاشعاعی پردے پر عکس ڈال کر دیکھنا (screening) ضروری ہے۔ بعض اوقات پلیورائندرسٹ جانب کو غبار کی یافتہ ہو جاتا ہے (ballooning of the pleura) لیکن اگر ایسا بالاکسی علامات کے ہو تو کوئی مضائقہ نہیں۔ تقریباً آدھے مریضوں میں علاج کے دوران میں ایک صاف انصباب نمودار ہو جاتا ہے۔ جب یہ نمودار ہو جائے تو یہ علاج کم فاعلی ہونا چاہئے، کیونکہ پلیورائیں التهاب موجود ہے۔ تناو قتیہ تمیش بلند نہ ہواں سیال کونکا لسنے کی ضرورت نہیں، اور اگر نکالا جائے تو اس کی جگہ گیس بھر دینا چاہئے۔ استرواح الصدري علاج کی ایک توسیع جو بالکل ابتدائی اصاباتوں کے لئے موزوں ہے، یہ کہ کہفہ پلیورائے اندر ہوا کا ایک خفیف حجم داخل کر دیا جائے، جو شش کے درختہ حصے کے گرد مجتمع پایا جاتا ہے اور ایک جزئی ہیوٹ پیدا کر دیتا ہے درآسنا لیکہ تندرست حصہ پھیلا ہوا رہتا ہے۔ جزئی استرواح الصدر دو جانبوں پر پیدا کیا جاسکتا ہے۔ لیکن ہوا کی مکرر بھرتی (refills) بار بار عمل میں لانا چاہئے (35)۔ جب متواتر ہوا بھرنے کے باوجود استرواح الصدر مسدود ہو جائے کارجمان رکھے، یا جب ایک تدر فی تقیح الصد (tuberculous empyema) پیدا ہو جائے تو یہ نیز تدر الصد (oleo-thorax) عمل میں لانے کے داعیات ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔

جب مکمل ایک جانبی استرواح الصدر کامیابی کے ساتھ انجام دے دیا گیا ہے تو۔۔۔ فی صدی مریض کام پر واپس جانے میں کامیاب ہو گئے ہیں، لیکن اس

علاج میں خاص وقت، انضمامات (adhesions) کی موجودگی ہے، جو بہبوط واقع ہونے میں مزاحم ہوتے ہیں اور اس صورت میں صرف ۳۳ فی صدی کامیابیاں ہوتی ہیں۔ تاہم قسٹیک انٹراب عمل میں لائے کی کوشش نہ کی جائے انضمامات کو تشخیص کرنا نامکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات متواتر بھرتنیوں (refills) کے بعد وہ خود بخود ٹوٹ جائیں گے۔ لیکن جب ایسا نہ ہو تو ان کو قطع کر دینے کی کوششیں عمل میں لائی گئی ہیں۔ ان کا تعین مقام ایک صدیرین (thoracoscope) داخل کر کے کیا جاتا ہے اور پھر ان کو کٹی کر دیا جاتا ہے۔ بد قسمتی سے اس قسم کے عملیہ کی کارروائی تدریجی ترقی صدر پیدا کر دینے کا رجحان رکھتی ہے تاہم قسٹیک انضمامی بند کو ٹھیک محیط پر نہ قطع کیا جائے۔ حال ہی میں کئی نئی قسم کے آلات بیان کئے گئے ہیں (56، 57)۔

175

حال ہی میں دوسرے عملیہ یعنی سینہ پیوندی (thoracoplasty) اور قلع عصب ڈایا فرائی (phrenic avulsion)، کامیابی کے ساتھ عمل میں لائے گئے ہیں۔ سینہ پیوندی (thoracoplasty) میں پسلیوں کے پچھلے حصے، زاویوں کے ذرا سامنے کے مقام سے لے کر فقرات کے مستعرض زائندوں سے جفت درمکن ہو اُس قدر قریب تک، براؤں پلیورائی طور پر (extra-pleurally) نکال دئے جاتے ہیں۔ کال سینہ پیوندی میں پہلی سے دسویں پہلی تک سب پسلیوں کے حصے نکال دئے جاتے ہیں، لیکن ان اصابتوں میں جن میں مرض زیریں لختہ میں محدود ہوا لائی پسلیوں میں سے چند پسلیاں سالم چھوڑ دی جاتی ہیں۔ بلکی ایٹھری عدم حیثیت (light ether anaesthesia) کو ترجیح دینی چاہئے۔ اس عملیہ کے بعد پینتائیس فی صدی مریض کام کے قابل ہو گئے ہیں (36)۔ قلع عصب ڈایا فرائی (phrenic avulsion) میں گردن کے ایک شکاف کی راہ سے ایک جانب کا فرینک عصب اس کی ڈائگرام کی چسپیدگی کے مقام سے اوپر کھینچ لیا جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس جانب کا ڈائگرام اوپر اٹھ آتا اور مشلول ہو جاتا ہے۔ یہ عملیہ مصنوعی استرواح الصدر یا سینہ پیوندی کی معیت میں، یا قاعدی سل (basal phthisis) میں یا کھانسی کو روکنے کے لئے (جب وہ شش کا انضمام ڈائگرام کے ساتھ ہو جانے کی وجہ سے ہو) عمل میں لایا جاسکتا ہے (37)۔

سینوکرواٹسین (sanocrysin) جو سوئے اور سوڈیم کا ایک تھیسولفائیٹ (thiosulphate of gold and sodium) ہے، اُن مریضوں کی سالت میں استعمال کی جاسکتی ہے، جنہوں نے دوسری قسموں کے علاج کی اچھی مجہدیت نہ ظاہر کی ہو۔ دعویٰ کیا گیا ہے کہ یہ جسم میں عصبیات درنیہ پر ایک راست متلف اثر رکھتی ہے۔ یہ عقیقہ ایسپولوں (ampoules) میں تقسیم شدہ ہوتی ہے، جن میں ۰.۱ تا ۱ گرام کی وزن کردہ مقداریں ہوتی ہیں۔ استعمال سے فی الفور پہلے اس کی قلیں عقیقہ آب کشیدہ میں حل کر کے ایک ۰.۱ فی صدی محلول بنالیا جاتا ہے۔ اس محلول کا وریدی راہ سے اثراب کیا جاتا ہے، جس میں اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ تحت الجلدی بافت کے اندر تراوش (leakage) نہ ہونے پائے، جہاں وہ خراش اور اثر رکھتا ہے۔ مقدار خوراک کا تعین مریض کے جسم کے وزن اور پھیپھڑوں میں الہتہابی تغیر کی نوعیت کے لحاظ سے کرنا چاہئے۔ اُن اصابتوں میں جن میں مرض مزمن ہو گیا ہو، اور ضررات لیفی ساخت سے محصور ہوں، ایک بڑی خوراک دی جاسکتی ہے۔ لیکن حاد اصابتوں میں جن میں مرض کی توسیع حال ہی میں ہوئی ہو، ایک نسبت بہت کم خوراک دینی چاہئے۔ علاج شروع کرنے سے پہلے اور دوران علاج میں روزانہ قارورہ کا امتحان البیومین کیلئے کرنا چاہئے، اور تا وقتیکہ قارورہ اڑتالیس گھنٹے تک البیومین سے معرا نہ دو کی خوراک نہ دینی چاہئے۔ مریض کے وزن اور ضررات کی نوعیت کے لحاظ سے ابتدائی مقدار خوراک ۰.۱ تا ۰.۵ گرام ہوگی۔ مگر یہ کہ تعامل ارتفاع حرارت، قے، اسہال، یا جلد پر ثورانی طفحات (exanthematous rashes) کی صورت میں ظاہر ہو۔ جوں ہی کہ تعامل رفع ہو جائے، یا اگر کوئی تعامل نہ ہو تو اڑتالیس گھنٹے کے بعد دوسری خوراک دی جاتی ہے، جو پہلی کے نسبت ۰.۵ فی صدی زائد ہوتی ہے۔ اس کے بعد ہر ساتویں دن ایک مزید خوراک دی جاتی ہے، جس کی مقدار اگر مریض اس کی برداشت کر سکے تو ایک گرام تک بڑھا دی جاتی ہے۔ ایک ۱۰ اسٹون (stone) وزن والے مریض کے لئے اس نصاب کے لئے مجموعی مقدار ۵ تا ۱۰ گرام ہوتی ہے، اور اس سے ہلکے مریضوں کے لئے اسی تناسب سے کم مقدار دی جاتی ہے۔

علاماتی علاج - صحت گاہ میں دوران علاج میں دواؤں سے حتی الامکان احتراز کیا جاتا ہے اور عموماً پایا جاتا ہے کہ مریض کی حالت میں بہتری ہونے کے ساتھ ساتھ علامات غائب ہو جاتے ہیں۔ تمام اصابتوں میں یہ ضروری ہے کہ متعلقہ دواؤں سے ہاضمہ میں خلل نہ واقع ہونے دیا جائے۔

کھانسی - کھلی ہوا والے علاج میں ہمیشہ کھانسی میں سریع تعلیل مشاہد میں آتی ہے۔ حتی الامکان مریض کو کھانسی کو روکنا چاہئے۔ اگر کھانسی ہونے سے پہلے طلق میں گدگدی محسوس ہو تو لسانی لوزہ (lingual tonsil) پر آیوڈین کی تصنیغ کرنا مفید ہو سکتا ہے۔ ورنہ کھانسی کا علاج اُسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی التهاب (bronchitis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

شب عرقی (night sweating)۔ لائکرائیو پین سلف (liquor atropinae sulph.) کا ایک قطرہ قدرے پانی کے ساتھ شب کو دینے سے یا آکسائیڈ آف زنک (oxide of zinc) ۲ یا ۳ گرین گولی کی صورت میں، ۱/۲ گرین ایکٹریکٹ آف بیلاڈونا (extract of belladonna) کے ساتھ دینے سے عموماً روکے جاسکتے ہیں۔ آر سی ٹیٹ آف آئرن (arsenate of iron) (۱/۲ گرین) یا پکروٹاکسین (picrotoxine) (۱/۲ گرین) یا ٹینکچر آف نکس امیکا (tincture of nux vomica) بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ شب عرقی کے عموماً یہ معنی ہیں کہ رات کے وقفہ بے حد گرم لباس استعمال کیا گیا ہے، یا مریض کی ذاتی تعلیم (auto-inoculation) خود اس کے سیات سے شدت ہو گئی ہے، مثلاً حد سے زائد ورزش سے اور اس سے طیب کی اُس نگہداشت پر جو اس نے مریض کے متعلق کی ہے الزام وارد ہوتا ہے۔

نفث الذمہ - مریض کو بستر میں نیم اضطجاعی وضع (semi-recumbent posture) میں رکھنا چاہئے، لیکن جب وہ چاہے اُسے اپنی وضع بدلنے کی اجازت دینی چاہئے۔ سب سے زیادہ کارگر حاسب الدم (haemostatic) کیلیم کلورائیڈ کے ذاتی عددی نکلوں کے ۲۰ سی۔ سی کا آہستہ سے دروں وریڈی اثربا ہے۔ ایک سادہ ترکیب یہ ہے کہ ہٹاوا اگر کم سوڈیم کلورائیڈ کے براہِ ذہن دئے جائیں۔

اگر مریض مضطرب ہو تو اس کے بجائے سوڈیم برومائڈ دیا جاسکتا ہے۔ اکثر امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے چند قطروں کے استنشاق کے بعد ادواء موقوف ہو جاتا ہے۔ نفث الدم کی بعض خطرناک اصابتوں میں استرواح الصد کا امالہ کامیاب ثابت ہوا ہے۔ جب ادما خفیف اور مسلسل ہو تو ایمسٹین (emetine) کے تحت الجلدی اثرات کامیاب ثابت ہوئے ہیں (Flandin)۔ علاج کاروائی طریقہ یہ ہے کہ برف کی پھیلی سینہ پر رکھ کر مار فیا کا شراب کروایا جاتا ہے۔ لیکن اس میں یہ نقصان ہے کہ خون پھیپھڑوں کے اندر کا ہوا (stagnant) رہتا ہے اور اس طرح تدریجی عمل کی ایک حادثہ وسیع پیدا کرنے میں ممد ہوتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ نفث الدم کا وقوع بڑی حد تک مریض کی نقل و حرکت سے بے تعلق ہوتا ہے (38)۔

اسھال۔ اس کے لئے ہمیں احتیاط کے ساتھ غذا کی باتھالگی عمل میں لانا اور باقی حایات (vegetable astringents) معدنی ترشوں (mineral acids) ایون، لہم گرین کی خوراگوں میں سلفیٹ آف کاپر (sulphate of copper) کا یا کاربونیٹ آف بسمتھ (carbonate of bismuth) کا استعمال کرنا چاہئے۔ پلیوریائی التهاب کے درد (pleuritic pains) اکثر وقوع ہیں اور اکثر ان میں اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا ترموجن (thermogen wool) سے یا سطح سینہ پر ٹنگھ آف آیوڈین کی تصبیغ کر دینے سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ مسکنات (anodynes) کے داخلی استعمال کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ بہتوں کا یقین ہے کہ پلیوریائی التهاب کا انصباب (pleuritic effusion) متناظر کشش میں مرض کی ترقی میں تاخیر کر دیتا ہے، اور تا وقتیکہ دباؤ انتہائی درجہ کا نہ ہو جائے وہ بزل (tapping) عمل میں نہیں لاتے۔ جس تھیج الصدر میں تفریغ (evacuation) کی ضرورت ہو اس کا امتصاص (aspiration) عمل میں لانا چاہئے۔

وافوفث۔ اس حالت کا علاج عفونت کش استنشاق (antiseptic inhalation) اور متغذات سے اسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی التهاب کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ سرکونیچے اور پیروں کو اٹھا ہوا کھڑکیلستہ (drainage)

عمل میں لانا مفید ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔

آتشک شش

علاوہ شعبات کے تقرحات کے اور اُن سے پیدا ہو جانے والے صلیق (stenosis) کے، جو آتشک کے باعث ہونا ظاہر ہو چکے ہیں، اور جو شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ تشخیص کئے جاسکتے ہیں (64) خود شش کی بافت اس مرض کے اثرات مختلف شکلوں میں ظاہر کر سکتی ہے۔ ایک شکل معمولی صمغیہ (gumma) کی ہے، جو بانگوں میں نہایت شاذ ہے، اگرچہ شیرخواروں میں زیادہ عام ہوتی ہے، اور کوئی قابل شناخت سریر یاتی علامات نہیں پیدا کرتی۔ دوسری شکل آتشکی شیرخواروں کی نام نہاد ذات الریہ ابیض (white pneumonia) ہے۔ اس میں پھیپھڑے بڑے، پسید، کثیف، اور سخت ہو جاتے ہیں۔ اُن کی تراش چکنی اور غیر شفاف ہوتی ہے، بعض اوقات وہ مزاحم (resistant) ہوتے ہیں، اور بعض اوقات باسانی ٹوٹ جاتے ہیں۔ خردبین شش کا منتشر غلوی التهاب اور ساتھ ہی جو فیزی دیواروں کی دبازت اور یوی سرطلہ کا تقشر (desquamation) اور شمی انحطاط ظاہر کرتی ہے۔ مکن ہے کہ یہ حالت پورے شش کو ماؤف کر دے، یا ایک حصہ یکساں طور پر متغیر ہو جائے، اور دوسرے میں محض انفرادی (isolated) رقبے موجود ہوں۔ ایک دوسری قسم میں جو فیزیوں میں کعب سرطلہ کا استر ہوتا ہے، اور تو صلی بافت کی جگہ لیفی ہیکل (fibrous stroma) لے لیتا ہے، جو کعب جو فیزی سرطلہ کے خلیات سے در ریختہ ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں بچہ مویہ (spirochaetes) پائے گئے ہیں۔ چونکہ یہ ضررات بالخصوص مردہ مولود بچوں (still-born children) میں ہی پائے جاتے ہیں، لہذا ان کی کوئی سریر یاتی اہمیت نہیں۔

خراش اور گیسوں سے سم

زہریلی گیسیں کہ جن کو پہلے پہل جرمنوں نے ۱۹۱۵ء میں جنگ میں استعمال کیا تھا، مندرجہ ذیل تھیں :- (۱) اختصاص آفیں - ان گیسوں کا عمل بالخصوص شش کے جو فیروں پر ہو کر حادثاً 'عروق شعریہ کی علقیت' اور شش قاتی نفاخ (disruptive emphysema) پیدا ہو جاتا تھا۔ شفا یاب ہو جانے والے مریضوں میں آفیمائی سیال چند روز میں غائب ہو جاتا تھا، لیکن شمی التهاب اور شمی ذات الریہ اکثر پیدا ہو جاتا تھا، اور نفاخ جاری رہتا - (۲) اشک سائز گیسیں - یہ بھی گولوں میں استعمال کی جاتی تھیں، مثلاً زائلال برومائیڈ (xylol bromide) اور کلور ویکرین (chloropicrin) - (۳) رائی کی گیس (mustard gas) - (یہ درحقیقت ایک روغنی امح ہے جو زمین پر یا کپڑوں پر چھڑکی جاتی ہے، اور آہستہ آہستہ بخار بن کر اڑ جاتی ہے) - چند گھنٹوں تک رائی کی ایک خفیف سی بو کے سوائے عموماً اور کچھ نہیں محسوس ہوتا تھا - پھر شدید التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) شریانی درد اور اس کے ساتھ قحط، جلد کا وسیع پھیلا ہوا احمرار (erythema) اور اس کے ساتھ انفاط (vesication) ہو کر شدید حرقات پیدا ہو جاتے تھے، نیز، تنفسی خطے کی غشائیں مخاطی کا التهاب نمایاں ہو جاتا تھا، جس سے نہایت خطرناک علامات پیدا ہو جاتے تھے، تمام سطح متضرر ہو کر ایک غائب رہی جھلی سے ڈھک جاتی تھی، اور شامی طور پر سرایت زدہ ہو جاتی تھی، اور اگر موت فی الفوق واقع نہوتی تھی تو شیمی ات الریہ نووار ہو جاتا تھا - مابعد اثرات - گیس سے مسوم شدہ بہت سے مریضوں میں جہدی علامتیہ (effort

177

syndrome) (آگے ملاحظہ ہو) نمایاں ہو جاتا ہے - علامات ذیل مشاہدے میں آئے ہیں، بیہوشی کرنے باز دور لگانے پر نبض کا پھول جانا، دلچہ، موالب کھانسی معہ بساق کے (۴۴) سینہ کے وارپا، درویاتنگی (۲۵) اختلاج اور کبھی کبھی چکر آنا (۴۳) صبح کا ہی قحط یا متسی (۱۲) درد سر (۹) ضعف الاعضاء

۱۷ - قوسین کے اندر جو اردو اعداد درج کئے گئے ہیں وہ اکسفر ڈرقب میں واقع ۱۹۲۳ء مابین میں علامات کافی صدی حدوث ظاہر کرتے ہیں -

کے علامات (۷) آنکھوں کا دکھنا (۵)۔ مگن ہے کہ خون سرخ خلیات کی کثرت (polycythæmia) ظاہر کرے۔ اس تعلق میں ہالڈین (Haldane) میکینس (Meakins) اور پریسٹلی (Priestley) نے مشاہدہ کیا ہے کہ بعض اوقات ان مریضوں میں بگڑتے تنفس کی قوت جاتی رہتی ہے، اور یہ ورزش کے بعد صرف سرخ اُٹھتے تنفس لے سکتے ہیں۔ ان مشاہدین کا یقین ہے کہ یہ مریض عینتہ جو فیروں کی ناقص ترویج کی وجہ سے جس سے ان حصوں میں سے آنے والا خون نامکمل طور پر ہوا زدہ ہوتا ہے آکسیجن کی کمی میں مبتلا ہوتے ہیں۔ کوئٹسک آکسیجن (oxygen chamber) میں علاج کرنے سے علامات کم و بیش مستقل طور پر رفع ہو جاتی ہیں اور سرخ خلیات کی کثرت (polycythæmia) کم ہو جاتی ہے (Hunt and Dufton)۔

رائی کی گیس کے زہر کے مختلف ریوی عواقب بیان کئے گئے ہیں جن میں بہت سے ناکس (relapsing) نوعیت کے ہوتے ہیں، یعنی شمعی الہتہاب، 'نفاخ' دمہ، اُذیہ، اور ریوی خراجات اور 'تدرن کا ذب' "pseudo-tuberculosis" جس کے ساتھ لاغری، بخار، شمعی الہتہاب، اور اسی لفظات (apical râles) ہوتے ہیں لیکن بساق میں عضلات درنہ نہیں ہوتے۔ تلیف خش (fibrosis of the lung) بھی پایا جاتا ہے۔ یہ حالتیں اس ثانوی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں جو گیس کی وجہ سے مضر پہنچنے کے بعد ہو جاتی ہے۔ بالآخر یہ کہ پھیپھڑوں کے حقیقی تدرن کا ملنا ممکن ہے، امد یہ غالباً ان مریضوں میں ہوتا ہے جن میں یہ مرض پہلے رک گیا تھا۔

ریوی سدا دیت و علقت

(PULMONARY EMBOLISM AND THROMBOSIS)

سدا دیت (embolism) اور علقت (thrombosis) کی نوعیت پر امریں عروق دموں کے باب میں بحث ہو چکی ہے، لیکن یہاں ریوی دوران خون کی ان نکات

استعدادوں کا بیان درج کرنا مناسب ہے، جن کی وجہ سے یہ کس حادثہ میں مبتلا ہو جاتا ہے۔

شریان ریوی اور انس کی شاخیں دائیں بطن اور اذین کی وساطت سے نظامی وریڈی ٹنوں (systemic venous trunks) سے راست ارتباط رکھتی ہیں۔ اسی وجہ سے دقیق عضویوں، منہج خون کے یا کسی دوسری قسم کے ریزوں کا جو جسم یا جوارح کی وریڈوں میں آزاد ہو جائیں، قلب کے دائیں کمروں میں اور وہاں ریوی شریان کے اندر منتقل ہونا لازمی ہے، جہاں وہ اپنی جسامت کے لحاظ سے اس کی کسی بڑی یا چھوٹی شاخ کے اندر فروز ہو جائیں گے۔ ایک بڑا پرانا ورقہ دار (laminated) تھکا بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ کو سدود کر سکتا ہے۔ بعض اساتہوں میں سدادیت ایک لمبا علقہ (thrombus) ہوتی ہے جو ایک متوسط جسامت والی نظامی وریڈ سے نکلتا ہے اور دہرا ہو کر گیسند کی شکل کا بن جاتا ہے۔

ریوی سدادیت کے نسبت ریوی علقیئت زیادہ عام ہے، اور ایسے ضرر ظاہر کر لے۔ البتہ پیش متوالی لاشوں کے امتحانات (autopsies) میں ۵۰ فی صدی میں واقع ہوئی۔ پھیپھڑوں کے تمام حصوں میں شریان ریوی کی شاخوں میں خون کے تھکے پائے جاتے ہیں، اور ان تھکوں میں تقصیف (organism) یا رنگ کی ترتیب کی ابتدا ان کی قبل الموت (ante-mortem) سکون کی شہادت بہم پہنچاتی ہے۔ ”ریوی سدادیت“ یا ”ریوی علقیئت“ کی تشخیص عموماً یہ ظاہر کرتی ہے کہ ایک خطرناک ضرر موجود ہے، جو پھیپھڑوں کے اندر وسیع پھیلے ہوئے اثرات پیدا کر دیتا ہے، جس کے علامات ضروری التوجہ ہوتے ہیں، اور جس سے مریض کی زندگی فوری خطرے میں ہوتی ہے۔

ریوی سدادیت اور ریوی علقیئت فحذی وریڈ کی علقیئت سے پیدا ہو سکتی ہے، جیسی کہ تپ محرقہ یا سل ریوی میں یا بوڑھے اشخاص میں عظم الفخذ کے کسر (fracture) میں واقع ہو جاتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں حادثہ سرائیوں، مثلاً ذات الریہ سے اور ایسے جراحی عملیات سے بھی پیدا ہو سکتی ہیں جن میں شکم کی

سامنے کی دیوار میں شگاف دینے کی ضرورت واقع ہو (بالخصوص بوڑھے اشخاص میں) (39)۔ بہت سی اصابتوں میں خون کے ٹھکوں کے اندر دقیق عضویات پائے گئے ہیں۔ سداوات (emboli) کے اثرات اُن کی جمامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر ریوی شریان کی بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ مسدود ہو جائے تو موت لازمی نتیجہ ہے۔ جب سدا ونبثہ چھوٹا ہوتا ہے تو شش کے اندر تغیرات واقع ہونے کے لئے وقت مل جاتا ہے اور بیش و مویست (hyperæmia) منشی نزفات (petechial hæmorrhages) اُڑیا اور ہبوط (جس کے گرد نفاخ ہوتا ہے) واقع ہو جاتے ہیں۔

اذینی ریشکی انتقباض (auricular fibrillation) میں جو مطرانی ضیق کے ساتھ بالخصوص متلازم ہوتا ہے، اُذنین کے اندر چھوٹے علقہ جات بن سکتے ہیں (جس کی وجہ یہ ہے کہ اُذنین انتقبض ہونے میں ناکام رہ جاتے ہیں) اور ممکن ہے کہ دائیں جانب کے علقہ جات پھیپھڑوں کے اندر پہنچ کر خرد تر شریں (arterioles) کو مسدود کر کے پھیپھڑے کے اندر وہ مقامی نزفات پیدا کر دیں جنہیں سریوی مفعجات (pulmonary infarcts) کہتے ہیں۔ اس طرح شش کا ایک مخروطی حصہ جو طولی تراش میں فائدہ نما ہوتا ہے، اور جس کا قاعدہ شش کی سطح کی طرف اور اس اندر کے طرف ہوتا ہے، ٹھوس مضبوط (firm) رنگ میں گہرا سرخ اور بے ہوا ہو جاتا ہے۔ اور خرد بین کے نیچے اس کے حویصلات ہوائی (air-vesicles) سرخ جسامت دمو یہ سے پر نظر آتے ہیں۔ اس مخروط کا قاعدہ سطح شش پر گردوش کی حویصلی بافت سے اوپر ابھرتا ہے اور تھوڑے عرصہ میں ممکن ہے کہ یہ سطح ابتدائی پلورائی التهاب کے تغیرات (early pleuritic changes) ظاہر کرنے لگے۔ یہ منغصات لعلہائے زیرین میں عام ترین ہوتے ہیں اور اکثر نیچے والی کور کو بڑی وسعت تک ماؤف کر دیتے ہیں۔ ایسی صورت میں اُن پر مخروطی یا فائدہ نما ہونے کا بیان بہ مشکل اطلاق پذیر ہوتا ہے۔ وہ قطر میں عموماً تقریباً ایک انچ ہوتے ہیں لیکن بعض اوقات اس سے بہت زیادہ بڑی جمامت تک پہنچ جاتے ہیں۔

ان وریدی اور قلبی علقہ جات کے علاوہ دوسرے اجسام بھی سدادات کا فعل انجام دے سکتے ہیں۔ یعنی بالید کے ذرات اور شاؤمورتوں میں ایک چھوٹا کیستی دویرہ (hydatid cyst) لیکن خاصے عام طور پر ریم آفریں وقتیق عضو یے بھی۔ جب آخر الذکر تنہا یا علقہ کے ذرات کے ساتھ منتقل ہو کر شش میں پہنچتے ہیں، تو محرومی مضعات جلد ہی پھوڑے بن جاتے ہیں اور ان کے ساتھ اکثر ہم پہلو یافتہ کاشتبی ریوی التهاب ہوتا ہے، یا مصلی، مصلی قحی یا قحی التهاب پلیورا (pleurisy)۔

ریوی عروق شرعیہ کی شحمر سدادیت (fat embolism) تضرکا نتیجہ ہوتی ہے، جو چربی کو عروق کے اندر جانے دیتی ہے۔ جراحی تضررات کے سبب سے موت ہو جانے کے بعد پھیپھڑوں کے عروق شرعیہ میں چربی کے گلوپکے خروین سے نہایت عام طور پر نظر آتے ہیں۔

علامات - ریوی شریان اور اس کی بڑی شاخوں کی سدادیت (embolism) کے علامات مسدود شدہ عرق کی جسامت اور تسد کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ جب فغذی ورید سے نکلا ہوا کوئی بڑا علقہ (thrombus) شریان ریوی یا اس کی بڑی شاخوں میں سے کسی ایک کے اندر مغرور ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ موت بالکل ناگہانی ہو جائے۔ ممکن ہے کہ مریض خوف زدہ ہو کر بستر سے چپک کر اٹھ بیٹھے اور پھر مردہ ہو کر ڈھیر ہو جائے، یا زراق (cyanosis) کے ساتھ چند دقیقوں کا بھر (dyspnoea) ہو یا اس کے عکس غشیان (syncope) یا شنج ہو۔ اگر تسد نسبتہ نامکمل ہے تو ممکن ہے کہ حالت غشیان کی ہو یا غشیان اور اس کے ساتھ اختناق (asphyxia) ہو یا اس کے ساتھ قشعریر (rigors) مختلف شدت کا درو سینہ اغتصاص (suffocation) احساس اور بھر (dyspnoea) ہو جو بڑھ کر شاید تنفس یچین اسٹوکس (Cheyne-Stokes' respiration) ہو جائے اور بالآخر آہستہ ہو کر موقوف ہو جائے۔ چہرے کا رنگ شامب اور کبود و داجی ویدیں پھولی ہوئی، اور ہاتھ ٹھنڈے اور چسپدار (clammy) ہوتے ہیں۔ استماع (auscultation) کرنے پر اصوات تنفس

درشت (harsh) اور مبالغہ آمیز پائے جاتے ہیں۔ علامات کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ ریوی علقیت (pulmonary thrombosis) میں علامات مائل نوعیت کے ہوتے ہیں، لیکن حملہ کا آغاز بتدریج ہوتا ہے، گو اس کا سرع ہونا بھی ممکن ہے۔

ایک مغممہ (infaret) کے وقوع کے علامات بھی مسدود شدہ عرق کی جسامت اور علقہ (thrombus) یا مغرور شدہ ریزے کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ اگر وہ ایک نسبت بڑی عرق ہے، تو ممکن ہے کہ علامات، متذکرہ بالا علامات سے مشابہ ہوں، مگر وہ نسبت کم شدت کے ہوں گے۔ مغممہ (infaret) کافی طور پر بڑا ہو تو سانس پھولی ہوئی (breathlessness)، 'اختلاج'، بلکہ قشریہ (rigor) بھی ہو سکتا ہے۔

ستش کی ساخت کے اندر خون کی وعاء بدری (extravasation) اکثر اپنی موجودگی نفث الدم (haemoptysis) یعنی خون کے تھوکنے سے ظاہر کرتی ہے۔ یہ خون مقدار میں متوسط ہو سکتا ہے، یا چھوٹے جدا جدا دموی بساقات (blood sputa) میں پایا جاتا ہے یا صرف یہ ہوتا ہے کہ مخاطی بساقات خون کے رنگ کے یازنگ آلود (rusty) ہو جاتے ہیں۔ اگر اس کے ساتھ ہی التهاب پلینورا ہو تو درد پہلو پیدا ہو جائیگا، اور اس واقعہ کے بعد ممکن ہے کہ کسی قدر حموی تعامل (febrile reaction) قشریہ کے ساتھ اس کے بغیر ہو جائے۔ مغممہ (infaret) صرف اسی وقت جب کہ وہ بہت بڑا ہو، ایک اسمیت کا رقبہ اور اصوات تنفس کا انقطاع (suppression) پیدا کر دے گا۔ لیکن کچھ تکنت (crepitation) ہونا بھی ممکن ہے۔ اگر کسی طبی حالت میں جس میں مغممہ (infaret) کا شبہ ہو، اسمیت کا کوئی وسیع رقبہ پایا جائے تو یہ یاد رکھنا چاہئے کہ امتلاء (congestion) اور آذیمائی وہ مخلوط حالت جس کو تصلب مسرخ (red induration) اور بھوسا تصلب (brown induration) کہتے ہیں،

مصراعی مرض (valvular disease) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، اور اکثر مغممات (infarets) کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔

عسونی مغممات (septic infarets) تقيج الدم (pyaemia) میں کثیر الوقوع ہوتے ہیں، اور فی الحقیقت اس مرض کی حادث شکل کے تمیز بدرانمات ضررات ہیں۔ یہ اسکات (foci) عام طور پر بالکل چھوٹے ہوتے ہیں اور کچھ تکنت (crepitation)

179

کے سوائے کوئی معین طبعی امارات نہیں پیدا کر سکتے۔ لیکن وہ التهاب پلیور (pleurisy) اور انصباب (effusion) جو اکثر ان کے ساتھ ہوتے ہیں، معمولی امارات ظاہر کرتے ہیں، اور عفو فی قسم (septic type) کا حموی نائل مدہ قشریہ اور بڑھتے ہوئے انبطاح (prostration) کے موجود ہونگا۔

شحم سداویت (fat embolism) جب کہ یہ کافی مقدار میں موجود ہو، ریوی دوران خون کے تسدو کی وجہ سے صدمہ جراحیہ (surgical shock) کے اسباب میں سے ایک سبب ہو سکتی ہے۔ اس کے علامات یہ ہیں: — بہر، انبطاح، سرخ جھاگ دار بساق، نبض سریع، زراق (cyanosis) اور پھیپھڑوں پر لفظات (râles)۔

تشخیص - ریوی سداویت یا علقت کی تشخیص کا انحصار بہت کچھ سابق الوجود مصلیات پر ہوتا ہے، جیسے کہ وریدی علقت یا عفو فی قسم کی معلوم موجودگی، جو ممکن ہے کہ کسی شکمی عملیہ (abdominal operation) کے ساتھ متلازم ہو۔ مرض قلب کی موجودگی، ریوی انفام (infarction) پہلا لٹ کر سکتی ہے۔ نفث الہم (haemoptysis) کے تمام اسباب میں ریوی تمدن (pulmonary tuberculosis) کے بعد دوسرا کثیر الوقوع سبب مرض قلب ہے۔ اس حقیقت کا علم ایک محفوظ تشخیص قائم کرنے میں بڑی حد تک مدد ہوتا ہے۔

تھریز - مشورہ دیا گیا ہے کہ شکمی عملیات جراحیہ کے بعد جبکہ التهاب باریطون (peritonitis) موجود نہ ہو، اور وضع حمل کے بعد، ٹانگوں اور حوض (pelvis) کی حرکت کی اور دُک (massage) عمل میں لانے کی اجازت دیدینی چاہئے، تاکہ خون کا رکود (stagnation)، جس سے علقت کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے، واقع نہ ہونے پائے۔ لیکن اگر یہ یقین ہو کہ علقہ بن چکا ہے تو ان کو بند کر دینا چاہئے۔ پھیپھڑوں کے اندر رکود کا وقوع (جس سے علقت پیدا ہوجاتی ہے) روکنے کے لئے، اور شکم سے وریدی خون کی واپسی میں آسانی پیدا کرنے کی غرض سے عمیق تنفس (deep breathing) منظم طور پر لانا چاہئے۔ اگر مریض سپید پڑ گیا ہو تو جراحی عملیہ سے پہلے نقل الہم (blood transfusion) عمل میں لانا چاہئے۔

از نکازِ خون سے بچنے کے لئے مریض کو بکثرت پانی پینے دینا چاہئے۔
 علاج - ریوی شریان سے سداویت زائل کرنے کے لئے اب ایک
 نجاتی عملیہ (emergency operation) درجہ کمال کو پہنچایا گیا ہے۔

دروں صدری نو مایہ جات

(INTRA-THORACIC NEOPLASMS)

دروں صدری نو مایہ جات کے عام ترین اسباب شش کا اولی سرطان
 (primary carcinoma) اور پھیپھڑوں، پلیوریا یا شیمی عند میں سرطانی
 (carcinomatous) یا سلسلی لحمی (sarcomatous) سروحات (metastases)
 ہیں جو جسم میں کسی دوسرے مقام کی اولی بالیدوں سے نکل کر واقع ہوں۔ ان کا بیان
 ذیل میں درج ہے۔ دوسری امراض ذاتی حالتیں جو شاذ صورتوں میں اولی سرطان شش
 سے سرمدیاتی مشابہت رکھتی ہیں یہ ہیں۔ واسط میں تیموسیہ اور درقیہ کی
 بالیدیں [جن میں دروں صدری غوط (goitre) بھی شامل ہے] ادمیات
 (dermoids) مسخولی سلعات۔ مرض آکچکن (Hodgkin's disease) واسطی سلعہ
 لحمیہ (mediastinal sarcoma)، لمفی سلعہ لحمیہ (lympho-sarcoma)، مری
 (oesophagus) کا اولی سرطان جو شش کے اندر تک پھیل جائے۔ پلیورامیں متعدد
 غیر خبیث سلعات مثلاً سلعہ لینیہ (fibroma) وغیرہ اور واسطی سلعہ (endothelioma)
 اور لحمی سلعہ (sarcoma)۔ شش میں غیر خبیث سلعات بہت شاذ و نادر پائے
 جاتے ہیں۔ لیکن کیسات (hydatids)، صغیات (gumma) اور التہابات
 ان سے خلط ملط ہو سکتے ہیں (60)۔

شش کا اولی سرطانی سلعہ

(primary carcinoma of the lung)

بحث اسباب۔ شش کا اولی سرطانی سلعہ ہر عمر میں، لیکن اکثر

اوقات (۷۷) چالیس اور ستر سال کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چار گنا زیادہ عام ہے، بد قسمتی سے حال میں چند سال سے اس کے حدوث (incidence) میں زیادتی ہو گئی ہے۔ چونکہ مزمن خراش، سرطانی سلمہ کا ایک سلمہ تبیبی عامل ہے، خراش کے اسباب ڈھونڈے گئے ہیں، مثلاً انفلوئنزا اور حال ہی میں ۱۹۱۸ء کی وبا نے عظیم کے بعد سرطانی سلمہ کی زیادتی پائی گئی ہے۔ گردوغبار سے پیدا ہونے والی خراش [جیسے کہ سیکسنی (Saxony) کی کانوں میں] ایک امکان ہے۔ لیکن اگر استنشق (inhalation) ایک سبب ہے تو بائیں شش کے نسبت دائیں شش کو زیادہ آسانی سے ماؤف ہو جانا چاہئے، کیونکہ دایاں شعبہ نسبتاً بڑا اور زیادہ سیدھا واقع ہوتا ہے۔ لیکن دونوں شش تقریباً مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ موٹر گاڑی کی اخراجی گیسوں کا استنشق، زہریلی حربی گیس، تمباکو پینا، اور گرد و راہ امکانی عوامل ہیں (61)۔

مرضی تشریح - شش کی اولی بالیدیں اپنے مبداء کے لحاظ سے تین گروہوں میں منقسم ہیں :- (۱) شعبی سرخلمہ سے نکلنے والی، (۲) شعبی مخاطی غد سے نکلنے والی (۳) جرم شش سے نکلنے والی۔ پہلے گروہ میں سلمہ بالخصوص ایک بڑے شعبہ میں محدود ہوتا ہے، اور شعبہ مدود ہو جاتا ہے۔ یہ بالید زیادہ منتشر نہیں پھیلتی، بلکہ ٹوٹ کر تمدد الشعبی (bronchiectatic) کہنے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ یہ استوائی خلیوں سے بنتی ہے۔ دوسرے گروہ کے ساتھ (اور یہ بھی شعبات کے گرد محدود ہوئے) کاربھان رکھتا ہے، بہ افراط مخاطی افراز ہوتا ہے۔ لیکن ان سلعات میں خلیے اس قدر تغیر پذیر ہوتے ہیں کہ یہ جماعت بندی زیادہ مفید نہیں۔ تمام سلعات میں سے نصف سے زائد سلعات ”جئے نا خلیوں“ والی قسم (oat cell type) سے تعلق رکھتے ہیں۔ خلیے اور نواتے، جو زیادہ گہرا رنگ قبول کرتے ہیں،

لہ قوسین کے اندر خط اردو میں درج کئے ہوئے اعداد وہ فی صدی تعدادیں ظاہر کرتے ہیں جو لندن ہسپتال میں ۱۳۹ امتحانات لاسس (autopsies) کے تجزیہ سے لی گئی ہیں

بیغوی ہوتے ہیں اور ان کا خلیہ مایہ (cytoplasm) قلیل المقدار ہوتا ہے۔ سر وحت (metastases) لمفائی غد کے اندر عام ترین ہوتے ہیں، لیکن وہ دوسرے اعضا و احشائیں مختلف حد تک واقع ہوتے ہیں۔ دوسری پیچیدگیاں حسب ذیل ہیں۔ وہ پلیورائی انصباب (pleural effusion) (۲۸)، یعنی قحی (۶۵)، دموی (۷۷)، صاف (۱۴، ۵)۔ ایک شبہ کا جزئی یا کامل انسداد (occlusion) (۵۶)، شیمی التهاب تمد الشعب (bronchiectasis)، شیمی ریوی التهاب، ہبوطی نلگرن (collapse) (gangrene)، خراج (۱۱، ۵)، نفاخ، تکلیف (fibrosis)، اور ریوی عروق کی علقت اور ان پر حملہ۔ تاء مور (pericardial) پر حملہ (۵، ۴۴)، مری پر حملہ یا دباؤ (۱۶، ۵)، فوقانی ورید اجوف پر حملہ اور اس کا تسدو (۵، ۱۱)، بڑی نظامی وریدوں کی علقت (۱۷)، جو جوارح بالا اور جوارح زیریں میں کیساں کثرت سے واقع ہوتی۔

علامات۔ کھانسی (۶۶) ابتداء خشک ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ شدید دوروں کی شکل میں ہو یا قصبہ یا شبابت پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے "نحاسی" (brassy) ہو۔ وہ گردن کی وریدوں کا عارضی امتلاء پیدا کر سکتی ہے۔ بساق نصف سے زائد اصابعوں میں موجود ہوتا ہے، اور ان میں سے بیشتر میں کیتھرفٹ اللہ موجود ہوتا ہے (۳۶)۔ ۵-۴۴ شدت میں تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ قارض (gnawing)، خونریزی (stabbing)، جبری (dragging) ہو یا دباؤ یا دم گھٹنے کا احساس ہو۔ دد عموماً سینہ میں ہوتا ہے، لیکن گردن، شکم، کمر اور جوارح میں بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ وہ اکثر ریڑھ کے فقرہ (vertebra) میں سر وحت (metastases) ہو جانے سے یا اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ لالغری (wasting) (۵۲) کے ساتھ کمندی، کمزوری اور شحوب (pallor) ہو سکتا ہے، لیکن عموماً مریض حدیم الدم (anaemic) نہیں ہوتے۔ بھس (dyspnoea) (۵۰) ہوا اسی پھولی ہوئی سانس (breathlessness) کے جو مشقت کرنے یا زور لگانے کے بعد ہو جاتی ہے، اکثر ایک متاخر علامت ہے، تا وقتیکہ پلیورائی انصباب موجود نہ ہو۔ وہ دوروں کی شکل میں ہو سکتا ہے، اور اس کے ساتھ شہیتی مصرہ (inspiratory stridor) ہو سکتا ہے۔ ایک مریض میں شریانی خون میں CO₂ کا دباؤ بڑھ گیا اور

آکسیجن کی سیرشدگی (oxygen saturation) کم ہو گئی، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ شش کے اندر گیموں کے باہمی تبادلہ میں رکاوٹ تھی (۷)۔ اس ارتفاع حرارت (pyrexia) (۳۹) اکثر سل ریوی کی دائمی تپش (hectic temperature) سے مشابہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ سردی لگنا (chills) اور شبانہ سینہ (night sweats) ہوں (۱۷)۔ خفوق قلب (tachycardia) بلا ارتقاع تپش کے موجود ہو سکتا ہے (۱۹)۔ بعض اوقات سریریاتی طور پر تانوی جھاؤ (secondary deposits) پائے جاتے ہیں (۲۴)۔ اور دوسرے علامات یہ ہیں: سرسراق (cyanosis) (۲۱) جو اکثر اُورس دلا مُتسّع (dilated veins) (۱۹، ۵) کے ساتھ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ سر اور گردن، جوارح بالا، صدر اور شکم میں نظر آئیں، اور اس وجہ سے اہم ہیں کہ وہ یہ ظاہر کرتے ہیں کہ واسطہ (mediastinum) میں تسدو ہو گیا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون قلب تک اُن تحت البجلہ تنقما سے (anastomoses) کے ذریعہ سے پہنچتا ہے جو بین ضلعی اور وہ (intercostal veins) اور شکلی اور وہ کے درمیان ہوتے ہیں۔ باوجود اس تعویض (compensation) کے وریدی رویں بہت کچھ رکاوٹ واقع ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، اور جھکنے یا کسی طرح کا زور لگانے پر چہرہ اور بھی زیادہ ممتلی اور ازرق ہو جاتا ہے۔ فوقانی ورید اجوف کے تسدو کی حالت میں سطح پر خون کا بہاؤ بالکل نیچے کے طرف اور تحتانی ورید اجوف کے تسدو میں اوپر کے طرف ہوتا ہے۔ لیکن یہ آخر الذکر حالت دروں صدری سلسلہ (intrathoracic tumour) سے شاذ ہی پیدا ہوتی ہے، گو کہ خبیث بالیسد (malignant growth) کا ڈایا فرام سے عین اوپر تحتانی ورید اجوف تک پہنچ جانا ممکن ہے۔ اذیما (۱۸) اکثر ایک متاخر امارت ہوتا ہے، جس کے ساتھ زراق اور قس وریدیں ہوتی ہیں۔ سر و گردن اور ہر دو یا کسی ایک بازو کا اذیما نہایت حمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سریع الزوال ہو اور حنثت کرنے یا زور لگانے، جھکنے یا کھانسنے سے پیدا ہو جائے، اور اس کے ساتھ دم گھٹنے کا احساس بھی ہو۔ یہ علامات بھی موجود ہوتے ہیں:۔ حنجری شلل (laryngeal paralysis) (۱۷)۔ عسر البلع (dysphagia) (۱۱)۔ قے (۱۱) انگلیوں کی گوز شکلی

(clubbing of the fingers) (۶۵) 'غالباً یہ عدد بہت کم ہے' (۵۵) درد سر اور دوام (vertigo) 'حداقت (pupils) کی عدم مساوات اور عصب مشار کی کے بیجان یا شلل (جو ملاحظہ ہو) کے دوسرے امارات - سنوٹین اکثر ایک سلعہ میں سے اپنا ممر بلا کسی مزاحمت سے دوچار ہوئے جاری رکھتے ہیں - بعض اوقات وہ مضبوط ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محیطی نبض (peripheral pulse) کمزور یا مطمئن ہو جاتی ہے -

طبیعی امارات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور ان کا انحصار بالید کے محل وقوع اور جسامت پر اور پیچیدگیوں کی موجودگی پر ہوتا ہے - ممکن ہے کہ ابتداء وہ صرف ایک شعبہ کے تسد کے امارات ہوں، جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں اور ان کے ساتھ اکثر صرصرہ (stridor) ہو - جوں جوں سلعہ کی جسامت بڑھتی ہے اور نہ صرف شعبی غد میں جماؤ (deposits) بلکہ کشش کے اندر تک پھیلاؤ ہو جاتا ہے قوس (percussion) کی آوازیں کمی (impairment) پائی جاتی ہے، بالخصوص سینہ کے سامنے بالائی حصے میں، لیکن یہ کمی اس تک نہیں پہنچتی - ممکن ہے کہ اس رقبہ میں شعبی تنفس (bronchial breathing) بڑھا ہوا اسی صوتی خفیف اور شبہ صوتی (bronchophony) موجود ہو یا اصوات تنفس، لمس صوتی خفیف (T.V.F.) اور بولنے کی آوازیں (voice sounds) غیر موجود ہوں - اگر بالید نیچے کی طرف پھیلتی ہے تو یہی طبیعی امارات ایک قاعدے پر موجود ہو سکتے ہیں - مختلف پیچیدگیوں کے طبیعی امارات بھی موجود ہو سکتے ہیں -

تشخیص - بعض اصابتیں اپنا ممر بلا کسی صدی علامت کے ختم کر دیتی ہیں - اصابتوں کا ایک چھوٹا دماغی گروہ (cerebral group) مزیجات (metastases) کی وجہ سے ہوتا ہے اور یہ اصابتیں دماغی سلعہ، التهاب سحیا (meningitis) التهاب دماغ (encephalitis) کو غیرہ سے مشابہ ہوتی ہیں - اصابتوں کا دوسرا گروہ نخاعی (spinal group) ہے، جو ممکن ہے کہ التهاب نخاع (myelitis) شوکی بوسیدگی (spinal caries) یا درد کمر (lumbago) کے طور پر تشخیص کر لی جائیں - تیسرے گروہ میں حادثکی علامات ہوتے ہیں - وہ صرصرہ (stridor) جو ایک شعبہ کے

انضطاط سے پیدا ہو جاتا ہے، غلطی سے شعبی التهاب کا خزرخہ (rhonchus) سمجھا جاسکتا ہے۔ اول الذکر وقت وقوع اور محل وقوع کے لحاظ سے مستقل یا غیر متغیر ہوتا ہے اور آخر الذکر تغیر پذیر ہوتا ہے اور چند ہی گھنٹوں کے اندر ایک جگہ سے دوسری جگہ پر لٹکانا کچھ وقفوں میں غائب ہو جاتا ہے۔ اگر سلسلہ درون صدری چھید گئیاں [جیسی کہ واسطی ذات الجنب، انقباض (effusion) تفتیح صدر (empyema) شعبی التهاب (bronchitis) متد و الشعب (bronchiectasis) شعبی ذات الریه (broncho-pneumonia)] پیدا کر دے اور سلسلہ کے متمیز علامات (جیسے کہ امتلاء اور دہ اور اُفویا) غیر موجود ہوں، تو ممکن ہے کہ اس امر کو شناخت کئے بغیر کہ اولی سبب مرض سلسلہ ہے، ان چھید گیوں کی تشخیص کر لی جائے۔ تل ریوی اور استرواح الصدر سے بھی تفریق کرنی چاہئے۔ بزل (paracentesis) کے بعد ایک سریع الٹکس عقیم پلیورائی انصباب واقع ہونا سرطان کی دلالت ہے، بالخصوص اگر یہ انصباب خون آلود ہو، اگرچہ یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے۔ خلویاتی امتحان (cytological examination) سے عموماً کوئی مدد نہیں ملتی۔ اس کے برعکس، اگر ایک اومیٹر عمر والے مریض میں سیال کے امارات موجود ہوں لیکن سینہ کا استقصا (exploration) کرنے پر کوئی سیال نہ ملے تو سلسلہ کا شبہ کیا جاسکتا ہے۔ سرطان ش آنور سمائے اُورطی (aortic aneurysm) کے ساتھ باسانی غلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ انور سما کے مشہور و معروف طبی امارات کے علاوہ بیشتر اصابتوں میں لاشعاعی امتحان تفریقی تشخیص کا نہایت یقینی ذریعہ پیش کرتا ہے۔ انور سما ایک صاف اور واضح کور رکھتا ہے، اور ایک تمد پذیر نبضان (expansile pulsation) ظاہر کرتا ہے۔ لیکن کسی ایسے سلسلہ سے بھی جو اورطی کے ساتھ منضم ہو نبضان (pulsation) پیدا ہو سکتا ہے۔ ایک بقاعدہ طور پر در ریزش کرنے والے نو مایہ (infiltrating neoplasm) کی چھاؤں بتدریج خود کو ارد گرد کے شش میں غرق کر دیتی ہے اور اس کی اصلی کور بالکل نظر نہیں آتی۔ لپا یو ڈال (lipiodol) کے استعمال کے بعد امتحان کرنے سے ممکن ہے کہ ایک شعبہ کا تد نظر آئے شعبہ بینی (bronchoscopy) نہایت ہی مدد ہے۔ نیجیاتی امتحان کے ذریعہ تشخیص کرنے کے لئے بالید کا ایک ٹکڑا

الگ کیا جاتا ہے۔ اگر تفتیق کا اقل کیا جائے اور محبوس افرازات کو نکلنے دیا جائے تو عارضی طور پر تسکین ہو جاتی ہے۔ لاشعاعی امتحان جو کہ استرواح الصدر انجام دینے اور اگر کوئی انصباب موجود ہو تو اس کو دور کرنے کے بعد انجام دیا جاتا ہے پھیورائی بالیدوں کو تشخیص کرنے کے لئے نہایت ہی مفید ہے مدد بینی بھی متصل ہے (صفحہ ۱۶۱)۔ علاج۔ جب شعبہ بینی کے ذریعہ بالید تک رسائی ہو سکتی ہو تو علاج میں ایک انقلاب عظیم پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ باقاعدہ وقفوں پر ریڈان کے خول مدفون کئے جا سکتے ہیں۔ اگوتہ برآری کا عملیہ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

پھیپھڑوں میں ثانوی مطروحات

(secondary deposits in the lungs)

علامات۔ جب شش بالید کی کثیر التعداد گرہوں کا محل وقوع ہو جو کہ اندر بے قاعدہ طور پر پھیلی ہوئی ہوں، تو مریش کو کم از کم ابتداء کوئی تکلیف نہیں ہوتی اور تا وقتیکہ ایک شعبہ پر دباؤ نہ پڑے کوئی طبیسی امارات نہیں نمودار ہوتے۔ آخری درجوں میں بُہر (dyspnoea) تیز تنفس، کمبودی (lividity) متواتر کھانسی اور غلطی نفث ہوگا۔ اور استماع کرنے پر سارے سینہ پر کثیر التعداد خرخرات (rhonchi) اور لُطّات (râles) سُنائی دیتے ہیں۔ یہ حالت مِخنی مدلا (miliary tuberculosis) سے کسی قدر مشابہت رکھتی ہے، لیکن مکن ہے کہ پیش طبیسی درجہ کی ہو۔ جب پھیورامائون ہوتا ہے تو عموماً ایک انصباب (effusion) ہوتا ہے جس میں خون اور نمبیت خلیات (malignant cells) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ جب دوسرے احشائے میں بالید کی موجودگی معلوم ہو، یا جب سرطانِ پستان یا سرطانِ فک بذریعہ عملی نکال کر خارج کر دیا گیا ہے، تو ایسی حالت میں ناقابلِ توجہ بہر کے وقوع سے ہمیں پھیپھڑے کے اندر بالید واقع ہونے کا خیال آنا چاہئے۔ اور اُن اصابتوں میں کہ جن میں ریوی علامات نہایت نمایاں ہوں گردن میں سخت غدد، یا خصیہ میں سلسلہ کی موجودگی سے، یا فقرات کی ماؤنیت سے پیدا شدہ شوکی استواری سے بعض اوقات سرمدی پتہ چل جاتا ہے۔ ابتدائی

اصابتوں میں ممکن ہے کہ لاشعاعوں سے پھپھڑوں میں میزگول عَمَلات (opacities) نظر آئیں۔

انذار بُرا ہوتا ہے اور اس حالت کی مدت ایک سال سے زائد ہونیکا امکان نہیں۔
علاج کا اشاریہ ہے کہ درد اور کھانسی میں تخفیف ہو اور نیند آجائے۔ عقیق
لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) بالید کی عارضی تخفیف (recession) اور
تششوں کا دوبارہ پھیلاؤ واقع کرتا ہے (62) یارڈیم (radium) کو جسم متعادوں میں
استعمال کیا جاسکتا ہے۔ بالید کے ساتھ کے سیال انصباب کو مصل (aspirator)
کے ذریعہ نکال دینا چاہئے، لیکن اغلب ہے کہ وہ جلد ہی پھر پیدا ہو جائے گا۔

ذات الجنب اور تقيح صدر

(PLEURISY AND EMPYEMA)

ذات الجنب یعنی غشائے پليورائی کے التهاب کے خاص مظاہر یا سطح
پليورائی پر مکین ”لف“ (خشک ذات الجنب: dry pleurisy) یا مصلی سیال کا
ارتشاح (انصبابی ذات الجنب: pleurisy with effusion) یا پیدا شدہ اشش ریم
(تقيح صدر: empyema) ہیں۔

بحث اسباب۔ کثیر التعداد اصابتوں میں خشک ذات الجنب،
یا انصبابی ذات الجنب کا آغاز بہ ظاہر تندرست اشخاص میں نامحسوس طور پر ہوتا ہے
اور اکثر سردی کے تکشف سے منسوب کیا جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں کا ایک بڑا تناسب
شائد ۵ فی صدی اصابتیں، بلاشبہ اپنے مبداء میں تدرنی (tuberculous) ہوتی
ہیں۔ بہت سے مریضوں میں تدرن کی سرگزشت ہوتی ہے، یا بالآخر سل ریوی یا دوسرے
تدرنی ضررات کے باعث ہلاکت واقع ہو جاتی ہے۔ نیز بہت سی مثالوں میں سیال
کو جانوروں میں تطعیم کرنے سے تدرن پیدا ہو جاتا ہے۔ ذات الجنب کی ایسی اصابتیں
اپنے ممر میں مزمن ہوتی ہیں۔

پليورا اکثر ایک زیادہ حاد قسم کے التهاب کا موروث ہے، جو بالآخر تقيح صدر

پیدا کر دیتا ہے اور یہ دوسری بہت سی سرایتوں (بالخصوص نبتی ریوی سرایتوں) لو قرہزیہ کھسار، ریشتی بخار، عفونتہ الدم اور انفلوئنزا کی سرایتوں کا نتیجہ ہوتا ہے۔
ذات الجنب مرض برائش (Bright's disease) کی بھی ایک کثیر الوقوع پیچیدگی ہے۔
بعض اصابتوں میں سرایت نسبتاً زیادہ مدت طور پر قائم ہوتی ہے، مثلاً اس وقت جب کہ کمسور (fractured) پبلیوں سے پلیورائزمنی ہو جائے، یا جب (۱) ضررات شش [مثلاً ذات الریہ، تقيح الدمی خراجات (pyaemic abscesses) سلعہ مدرن، یا نرینی منغرات (haemorrhagic infarcts) یا (۲) جداری ضررات (جیسے کہ نفل، پستان، گردن، یا کہنہ شکم کے خراجات) کی توسیع پلیورائی سطح پر ہو جائے۔

ذات الجنب، الہتہاب تادمور اور الہتہاب باریطون یہ سب بیک وقت ایک ہی سرایت سے واقع ہو سکتے ہیں، جو حاد اصابتوں میں ریشتی، عفونی (septic)، یا نبتی ریوی اور مزمن اصابتوں میں اکثر تدریجی ہوتی ہے۔ اس کو خبیث الہتہاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis) یا عام الہتہاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis) کہتے ہیں۔

ذات الجنب کے مختلف اقسام میں حسب ذیل دقیق عضویے پائے جاتے ہیں:-
نبتہ ریوی، نبتہ سبجیہ، نبتہ غبئیہ، عصیہ تدرن اور عصیہ محرقیہ۔
نسبتاً نادر صورتوں میں قریڈ لینڈر کا عصیہ، عمومی عصیہ قولونی، عصیہ ڈفکھیہ یا عصیہ انفلوئنزی، اور خرد نبتہ سجھارنرا۔ ان کا امتزاج ہو سکتا ہے، مثلاً نبتہ ریوی یا درنی عصیہ کاسمی نبتات یا غبئی نبتات کے ساتھ۔
ان میں سے آخری عموماً تہنا نہیں پائے جاتے۔ مدرن کے عقیم مصلی فائبرینی انصباب میں درنی عصیہ مفقود ہوتے ہیں۔ مدرن کے ریوی انصبابات بھی اکثر معمولی کاشت کرنے پر عقیم ثابت ہوتے ہیں، اور گنی پگ میں تطہیم کئے بغیر ان میں درنی مصیبت شاذ و نادر ملتے ہیں۔ بچوں کے ریوی انصبابات میں نبتات ریوی بیشتر پائے جاتے ہیں (۵۰ فی صدی) اور بالغوں کے ریوی انصبابات میں کاسمی نبتات زیادہ عام ہوتے ہیں (۷۵ فی صدی)۔

مرضی تشریح - خشک ذات الجنب (dry pleurisy) - پہلا درجہ

پلیورہ کے عروق کے اتساع (dilatation) کا ہے جس کے بعد جلد ہی سیال کا ارتشاح اور چند سفید جسیمات کی مہاجرت واقع ہوتی ہے۔ یہ سیال مروب ہو جاتا ہے اور اس سے سفید جسیمات اور فائبرین کا آمیزہ پیدا ہو کر جسے اکثر سرسری طور پر لفف کہتے ہیں) آزاد سطح پر مطروح ہو جاتا ہے۔ غشاء ابتداً دقیق طور پر مشرب (injected) ہوتی ہے اور نہایت جلد ہی اس کی قدرتی طور پر چکنے والی سطح فائبرین کی وجہ سے ماند پڑ جاتی ہے اور فائبرین کو ایک نہایت نازک جھلی کی صورت میں جدا کیا جاسکتا ہے۔ اگر ارتشاح شدہ مادہ زیادہ افراط کے ساتھ ہو تو وہ سخت یا لٹی جیسی دبیز تھیں بنا دیتا ہے جو سطح پر عموماً کھردری یا خلی (villous) یا جالدار ہوتی ہیں۔

183

انصبابی ذات الجنب (pleurisy with effusion) اس حالت میں خشک ذات الجنب میں "لف" پیدا ہو جانے کے بعد جلد ہی ایک مصلی یا مصلی فائبرینی سیال کا ارتشاح واقع ہوتا ہے یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہو تو بلا لف کی سابقہ کمون کے ایک مصلی سیال کا ارتشاح واقع ہو جاتا ہے۔ یہ سیال کہفہ پلیورائی کے اندر ۲ یا ۳ پائنٹ تک یا زائد مقدار میں جمع ہو سکتا ہے۔ اس کا رنگ زرد یا سبزی مائل زرد اور کثافت نوعی ۵۔۱۰ تا ۳۰ اور اکثر ۱۰۔۱۵ تا ۱۰۱۸ ہوتی ہے۔ اس میں جو الیومن موجود ہوتا ہے اس کی وجہ سے یہ ابالنے پر تقریباً ٹھوس ہو جاتا ہے۔ یہ شاذ نہیں کہ اس میں فائبرین کے چند گائے (flakes) موجود ہوں، یا تھوڑے ہی عرصہ میں کچھ مقدار مطروح ہو جائے۔ یہ سیال بالکل صاف ہوتا ہے یا جسیمات کی موجودگی کے باعث دودھیا (opalescent) یا گدلا۔ حاد اصابتوں میں ایوسین پسند (eosinophil) یا کشیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) خلیوں کا غلبہ ہوتا ہے اور زیادہ مزمن اصابتوں میں خلیہ نسبتہ متحرک ہوتے ہیں اور وہ لف خلیے ہوتے ہیں۔ حاد اصابتوں میں مگن ہے کہ خلیوں کی مقدار اتنی کافی ہو کہ سیال کو نکالنے کے بعد وہ اس کی تہیں ایک دبیز تہ بنا دیں اور اس کے اور گاڑھی پیپ کے بننے کے درمیان تمام مداح پائے جاسکتے ہیں۔ بعض اوقات یہ سیال کم و بیش خون کی جھلک رکھتا ہے اور یہ خون ان نواسختہ عروق سے ماخوذ ہوتا ہے جو تقصی پذیر لف (organising lymph)

میں پائے جاتے ہیں۔

یہ انصباب سیال ذات الجنب کے تنایج میں سے اہم ترین نتیجہ ہے۔ چونکہ وہ کہنہ پلئورا کے اندر مقید رہتا ہے لہذا وہ لازمی طور پر شش کو ڈا انگرام اور دیوار سینہ کی مجاورت سے ہٹا دیتا ہے، اور سیال کا انصباب جس قدر زیادہ ہوتا ہے شش اسی قدر زیادہ مضبوط ہو جاتا ہے۔ یہ انضباط سیال کے دباؤ سے نہیں بلکہ شش کی لچک کی وجہ سے واقع ہوتا ہے، جو قدرتا اُس کی باز کشیدگی (retraction) میں مدد ہوتی ہے۔ یہاں تک کہ یہ حالت پائی جانی ممکن ہے کہ سینہ کے اندر سیال کی بڑی مقدار موجود ہونے کے باوجود دباؤ پھر بھی منفی ہو لیکن گو صورت حالات ایسی ہوتی ہے، تاہم ممکن ہے کہ وہ اب بھی مقابل جانب کے پلئورا کے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب تندرست جانب کے طرف ہٹ جاتا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں سیال کا دباؤ کرہ ہوائی کے دباؤ کی نسبت زائد ہونا ممکن ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ سیال ریپی ہو، اور ایسی صورت میں وہ قلب اور واسط (mediastinum) کو اپنی جگہ سے ہٹا دینے کے علاوہ، دیوار صدر کو باہر کے طرف اُبھار دیتا، بین الاضلاع فضاؤں کو پھیلا دیتا، اور ڈا انگرام کو معہ زیر افتادہ جگر یا طحال کے نیچے کو ہٹا دیتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے کہ بڑے عروق پر دباؤ پڑے اور وہ تنگ ہو جائیں (Elliot Smith)۔

دوسرے انتہائی اعمال کی طرح ذات الجنب بھی پلئورا کی دونوں سطحوں کو ڈھانکنے والی فائبرین کے تعقی (organisation) لینے عروق دمویہ اور لینی سخت کی تھوین سے منسلک ہو جاتی ہے۔ اگر انصباب موجود ہو تو وہ ہفتوں یا دنوں کے دوران میں جذب ہو جاتا ہے، اور شش اور دیوار سینہ، یا تو اول الذکر کے پھیل جانے یا آخر الذکر کے بتدریج بیٹھ جانے، یا ان دونوں اعمال کے مزوج ہونے سے، بالآخر باہم تماس ہو جاتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ اس بات کا بعد میں اس کی کوئی شہادت نہ ملے کہ کبھی کوئی التهاب ہو ابھی تھا۔ لیکن اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ شش پر کا پلئورا دباؤ کا ایک قطعہ (a patch of thickening) ظاہر کرے، وہ رنگ میں سپید ہو، اور اُس کی سطح چکنی اور چمکدار ہو۔

اکثر اوقات آئینی کے دوران میں جداری اور حشوی پٹیورامتاس رہتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ، یعنی ساخت کے ذریعہ باہم جڑ جاتے ہیں جسے انضمام (adhesion) یا چپکی کہتے ہیں۔ ایسے انضمامات یا چپکیاں عموماً پھیپھڑوں کے نگوں کے درمیان واقع ہو جاتی ہیں۔ بوڑھے آدمیوں میں سے مرنے والوں کی ایک بڑی غالب تعداد کیتھ ساقی الوجود پٹیورائی التهاب کے علامات ظاہر کرتی ہے۔ شدید اصابتوں میں پٹیورا بہت دباؤ یا فٹہ ہو سکتا ہے اور ممکن ہے کہ یعنی ساخت شش پر حملہ آور ہو کر لیفی شش (fibroid lung) پیدا کر دے۔

تقیع الصدر۔ تقیع الصدر یا ری ذات الجنب کو پیدا کرنے والے عضو یا پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ تقیع الصدر اولی ہو سکتا ہے اس معنی میں کہ یہ پہلا یا واحد التهاب ہوتا ہے جو کہ جسم میں کسی راستہ سے عضو یہ کے داخل ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے وہ قرب وجوار کے مرض کے ساتھ وابستہ ہو مثلاً ذات الریہ کمپورسلی یا ریوی خراج کے ساتھ۔ اور آخراً وہ جسم کے کسی دوسری جگہ کے مرض سے منتقل شدہ (metastatic) ہو سکتا ہے مثلاً تقیع الدم (pyaemia) سے۔ تقیع الصدر کسی دوسری جگہ کے پھوڑے کی مانند ہمیشہ ایک صاف سیال سے یا سفید خلیات اور فائبرن (fibrin) کے کالوں سے خفیف طور پر مکث شدہ سیال سے شروع ہوتا ہے۔ اس درجہ کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ طویل ہوتی ہے مثلاً اس وقت جب کہ ایک درنی التهاب پٹیوراریمی ہو جائے (جو کہ ایک نہایت ہی شاذ واقعہ ہے)۔ نبتی ریوی تقیع الصدر میں تقيع ہونے میں اس سے کم دیر لگتی ہے جب تقیع الصدر ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، تو عام طور پر تقيع بالعموم انحلال (resolution) کے دوران میں یا اس کے بعد واقع ہوتا ہے جس سے ایک ما بعد ذات الریہ لوی تقیع الصدر (meta-pneumonic empyema) پھیور میں آتا ہے۔ اس صورت میں ذات الریہ اولی اور پٹیورا پر حملہ ثانوی ہوتا ہے۔ جب تقیع الصدر خون پاش بقیہ سمجھ کی وجہ سے پیدا ہو تو تقيع میں تاخیر ہو جاتی ہے یا تقيع بہت سرعت کے ساتھ واقع ہوتا ہے، لہذا نبتی سبھی ذات الریہ میں تقیع الصدر بھی ہمزماں طور پر موجود ہوتا ہے۔ یعنی یہ ہم ذات الریہ (syn-pneumonic) ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں پہلی

مرتبہ ہی جب کہ پلیورائی انصباب کا شبہ کیا جاتا ہے ریم پائی جاتی ہے۔
 بعض اوقات ایک تنق الصدر تاچہ پلیورائی (pleural sac) میں سے
 نکل کر یا تو شش میں سوراخ کر دیتا ہے (جس سے پیپ کا نفث ہوتا ہے) یا ایک
 بین الاضلاع فضا میں (جو اکثر یا پچھوں فضا ہوتی ہے) منھ کر کے ("pointing")
 خود بخود پھوٹ جاتا ہے۔ دونوں صورتوں میں مگن ہے کہ ہوا کہنفہ پلیوراکے اندر
 داخل ہو کر کرمی استرواح الصدأ (pyo-pneumo-thorax) پیدا کر دے۔ شاذ
 اصابوں میں ایک تنق الصدر ڈائفرام کے آر پار یا اس کے پیچھے سے ہو کر کہنفہ شکم
 میں گھل سکتا ہے۔ لیکن اگر غیر شخص یا بلا علاج کے رہ جائے تو وہ عرصہ دراز تک
 بلا سولج کے بدستور رہ سکتا ہے۔ اس سے ایک نامکمل جذب واقع ہو کر مریض کی حالت
 ضعیفی (cachectic) ہو جاتی ہے اور احشاء کے چربی (lardaceous) لختا ط کے
 وقوع کے لئے راستہ تیار ہو جاتا ہے۔

مصلی اور ریمی ہر دو انصبابات میں، پھیپھڑوں اور جڈر کے درمیان انضامات
 یا چیکریوں کے پیدا ہونے سے کہنفہ کبھی کبھی جدا جدا فضاؤں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ اسی صورت میں
 سیال کو خافہ جلد (loculated) کہتے ہیں۔ اگر ایسے مریض کا علاج جراحی طریقہ سے
 کیا جائے تو یہ حالت اہمیت رکھتی ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔

ذات الجنب کے آغاز کی تمیز خصوصیت شدید درد ہے، جو سانس لینے کے فعل
 سے پیدا ہوتا یا زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً پہلوئے سینہ میں نیچے کے مقام پر
 ہوتا ہے، لیکن کہیں بھی ہو سکتا ہے کیونکہ اس کا انحصار التهاب کی جائے وقوع پر
 ہوتا ہے۔ وہ ایسا ہوتا ہے جیسے کہ کوئی کاٹ یا پھاڑ لگا ہو (cutting or tearing)
 اور نہ صرف سانس لینے سے بلکہ کھانسنے، پھینکنے اور ہر قسم کی مشقت کرنے یا زور لگانے
 سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ مریض عموماً اپنی پشت کے بل یا تندرست جانب پر
 لیٹا رہتا ہے۔ حادثات ذات الجنب جاڑے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے اور زیادہ تر
 کی مقدار ارتفاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے، جس میں مگن ہے کہ تیش ۱۰۳ اور جب تک
 پہنچ جائے، لیکن یہ اکثر ۱۰۱ یا ۱۰۲ اور جہاں رہتی ہے۔ اس کے ساتھ دوسرے معمولی

متلازمات (accompaniments) ہوتے ہیں، یعنی فردار زبان، عدم اشتہا، اور کسلمندی (malaise)۔

سینہ کا امتحان کرنے پر اؤف جانب پر حرکت کی کچھ کمی، اور در کے مقام پر حویصلی خیر (vesicular murmur) کی قلت مشاہدہ میں آتی ہے۔ لیکن تمیز طبیعی امارت ذات الجنبی ہرگز (pleuritic rub) یا صوت فرکی (friction sound) ہے۔ یہ ان دو پلیٹورائی سطحوں کے، جو ارتشاح (exudation) کی وجہ سے کھردر رہی گئی ہیں، ایک دوسرے پر حرکت کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ آواز فرک کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ حاد اصابتوں میں مکن ہے کہ یہ رگڑ سختی کے ساتھ محدود مقام رکھتی ہو اور آسانی نظر انداز ہو جائے۔ بلکہ اگر مریض شدید درد کے باعث وہ شہتی (inspiratory) حرکت عمل میں نہ لاسکے جو اس کی پیدائش کے لئے ضروری ہے، تو یہ غیر موجود بھی ہو سکتی ہے۔ مزمن اصابتوں میں فرک اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ وہ سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو سکتی ہے، وہ سماع الصدر (stethoscope) سے سنی بھی جاسکتی ہے، اور بالکل بلا درد ہوتی ہے۔

وہ ذات الجنب جس کے ساتھ انصباب ہوا اور تقيح الصدر جب سیال کا انصباب ہو جاتا ہے تو پلیٹورائی دونوں سطحیں ایک دوسرے سے علیحدہ ہو جاتی ہیں، صوت فرکی غائب ہو جاتی ہے، درد کم ہو جاتا ہے، اور ایسے علامات اور طبیعی امارات واقع ہوتے ہیں جو سیال کی موجودگی کا، یا سیال جن مختلف اعضا پر اثر انداز ہوتا ہے ان کے مضبوط ہونے یا جگہ سے ہٹ جانے کا، راست نتیجہ ہوتے ہیں۔ خاص علامات سانس کا پھول جانا ہے۔ جو مشقت کرنے یا زور لگانے پر خاص طور سے ہوتا ہے، اور یہ بُہر (dyspnoea) انصباب شدہ سیال کی مقدار کے تناسب سے ہوتا ہے۔ مریض اپنی پیٹھ کے بل یا ماؤف جانب کی کروٹ پر لیٹا رہتا ہے، تاکہ تندرست جانب کو سب سے زیادہ آزادی حاصل ہو۔ مکن ہے کہ اسے کھانسی بالکل نہ ہو، یا خفیف کھانسی بلا نفث کے ہو۔ ذات الجنبی انصباب میں آنکھ کی پتلیاں کبھی کبھی غیر مساوی ہوتی ہیں، اور ماؤف جانب کی پتلی نسبت زیادہ چوڑی ہوتی ہے۔

جیسا کہ دوسری الہابی حالتوں میں ہوتا ہے، تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مثلاً ذرنی ذات الجنب میں وہ نہایت ہی بلند ہو سکتی ہے جو کہ شاید نا فحش کے غلو میں فعال مرض کی طرف اشارہ ہے۔ لیکن عام طور پر مستقیم تپش صرف ۵۰ یا ۵۵ درجہ سنٹی گریڈ تک مرتفع ہوتی ہے۔ تنقیح الصدر میں بھی، خواہ یہ جسمی نبی ہو یا عصبی نبی، تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے، لیکن بالعموم وہ بلند اور متوقف یا متفرق ہوتی ہے، اور بسا اوقات اُس کے ساتھ تشعیر ہوا ہوتے ہیں، اور مریض کی طبیعت نہایت ہی خراب ہوتی ہے اور اس کو خراب محسوس ہوتی ہے، جیسا کہ دوسرے حادثہ بخاروں میں ہوتا ہے۔

چونکہ سیال تجاذب (gravitation) کے اثر سے سینہ کے سب سے نیچے کے حصے میں جمع ہو جاتا ہے، لہذا اچھے قاعدہ پر مطلق اصمیت (dulness) ہوتی ہے۔ لیکن تو فیصلی خریہ (vesicular murmur) صوتی گنگ (vocal resonance) اور تپشی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) بہت کمزور یا بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ کثیر المقدار سیال ہو تو حسب ذیل طبیعی اماریات مشاہدہ میں آتے ہیں :- معائنہ کرنے پر سینہ کی ماؤف جانب بے حرکت ہوتی ہے۔ قلب اپنی طبعی وضع سے ہٹا ہوا ہوتا ہے؛ اگر انصباب دائیں جانب ہو تو صدم القلب (impulse of heart) بائیں بھئی کے نیچے یا اُس سے باہر کی جانب محسوس ہو سکتا ہے۔ اگر انصباب بائیں جانب ہو تو صدم القلب اکثر عظم القفس (sternum) کے دائیں طرف کی بین الانضلاع فضاؤں میں، عموماً تیسری، چوتھی، اور پانچویں فضاؤں میں، بلکہ دائیں بھئی کے پاس تک، اور شاؤ مثالوں میں اُس سے بھی باہر تک محسوس ہوتا ہے۔ صاف انصباب رکھنے والی اصابتوں میں ماؤف جانب پر سینہ کا محیط زیادہ نہیں ہوتا۔ مگن ہے کہ وہ کم ہو جائے۔ لیکن تنقیح الصدر میں مگن ہے کہ وہ زیادہ ہو جائے اور بین الانضلاع فضا میں، پسلیوں کے پول سے نیچے تک پست ہونے کے بجائے، پر (یا محسوس) ہو جاتی ہیں۔ مگن ہے کہ دیوار سینہ کا کسی قدر آدیمیا یا تپش ہو۔ طحال یا جگر بٹ کر نیچے آسکتے ہیں۔ قفس گرنے پر سامنے، نفل میں، اور اچھے اصمیت پائی جاتی ہے جو مقابل جانب کی اس اصمیت کے ساتھ مسلسل ہو جاتی ہے جو

اپنی جگہ سے ہٹے ہوئے قلب کے ساتھ تناظر ہوتی ہے۔ ساتھ ہی سینہ کی مقابل جانب پر بھی گمگ متاثر ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ٹموسین کا ایک مثلث رقبہ ایسا پایا جاتا ہے جس کا راس عظم الکلف (scapula) کے زاویہ کے لیول کے قریب ریڑھ کے پاس ہوتا ہے اور قاعدہ ریڑھ سے لے کر شش کے زیریں کنارے کے برابر برابر ۲ تا ۳ انچ پھیلتا ہے (گروکو کا نیزہ فقہی مثلث: Grocco's paravertebral triangle)۔

اس کی توجیہ حسب ذیل ہے :- طبعی طور پر شش کے مرکزی حصے کا پھیلنا (expansion) صرف اسی طرح سے ممکن ہوتا ہے کہ واسطہ مؤخر کا تناؤ زیادہ رہے، جو اسے جس جانے سے روکے رکھے۔ تناؤ کی یہ زیادتی مقابل جانب کے ڈائفرام کے عمل کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جب یہ کم ہو، جیسا کہ پٹیورائی انصباب میں ہوتا ہے تو واسطہ ہر شہیق (inspiration) کے ساتھ ڈھیلا پڑ جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غیر مؤلف جانب کے شش کے مرکزی حصہ کو نسبتاً کم ہوا پہنچتی ہے اور مسترعی سر (percussion note) کم ہو جاتا ہے۔ جب سیال اس قدر ہو کہ وہ صرف سینہ کی دو مثلث بندی تک پہنچے، تو تڑتوہ کے نیچے اور احمیت کے لیول سے اوپر قریبی سر کی وہ خاص ترمیم سنائی دے سکتی ہے، جس کا نام اسکوڈائی ملگ (Skodaic resonance) ہے، جو شش کے ارتخاء (relaxation) کی وجہ سے ہوتی ہے

(ملاحظہ ہو صفحہ 123)۔ استماع کرنے پر اضم رقبہ (dull area) پر اصوات تنفس، صوتی گمگ اور لمسی ارتعاش کی کمی یا غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ سیال کے بالائی لیول پر جہاں شش ڈھیلا پڑ جاتا ہے، شعبی تنفس (bronchial breathing) یا تعویضی تنفس (compensatory breathing) سنا جاسکتا ہے۔

ممکن ہے کہ شعبی صوتی (bronchophony) یا بزن صوتی (ægophony) موجود ہو۔ مقابل جانب پر اصوات تنفس مبالغہ کے ساتھ ہوتے ہیں، لیکن وہ مثلث گروکو پر کم ہو جاتے ہیں۔ انتہائی اصواتوں میں جہاں شش پچک کر ٹموس ہو جاتا ہے، اصوات تنفس غائب ہونے کے بجائے بلند شعبی تنفس (loud bronchial breathing) موجود ہو سکتا ہے۔ جہاں احشاء کی غیر وضعیت (displacement) زیادہ ہو وہاں

مگن ہے کہ تنفسی افعال کا اختلال بالآخر مہلک ثابت ہو جائے۔ مریض زیادہ زیا

کبود (livid) ہوتا جاتا ہے، خرخرات (rhonchi) اور مخاطی لفظ (mucus râles) اس شش میں سناؤ دینے لگتے ہیں جو اب تک تندرست تھا، اور اختناق (asphyxia) طاری ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات ناگہانی غشیان (syncope) ہو جاتا ہے، جس کی معقول توجیہ یہ ہو سکتی ہے کہ قلب اور بڑے عروق پر دباؤ پڑتا ہے۔

نوعمر بچوں کی حالت میں قرع کرنے پر جو اضمیت ہوتی ہے وہ مطلق نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ سارے اضم رقبہ پر شعبی تنفس سناؤ دے، اور اس سے یہ گمان پیدا ہو جائے کہ شش ٹھوس ہے۔ ایسی حالت میں قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے مدد مل سکتی ہے۔

نہایت شاذ اوصاتوں میں قلب (یا شاید اور طی) کا نبضان (pulsation) ایک پلٹیورائی انصباب تک منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ انتقال ایک صدمہ یا موج کے طور پر ایک بڑے مصلی اجتماع تک ہوتا ہے یا ایک نسبت زیادہ محدود المقام شاید مرنی، نبضان کے طور پر ایک ایسے قلع صدر تک جو دیوار سینہ کے آر پار منہ کر رہا ہو۔ اسے نابض ذات الجنب (pulsating pleurisy) یا نابض قلع صدر (pulsating صدر) کہتے ہیں۔

بین لختی ذات الجنب (interlobar pleurisy) کے ابتدائی درجوں میں ممکن ہے درد، کھانسی اور دقت تنفس موجود ہوں مگر کوئی تمیز امارت نہیں ہوتی۔ جب مایع جمع ہو کر دیا، اونس کی حد تک پہنچ جائے تو ممکن ہے کہ قرع کرنے سے سینہ کے وسطی منطقہ میں ایک اہم سر (dull note) اور ساتھ ہی اس سے اوپر اور نیچے گنگ لے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ لفظات (râles) موجود ہوں۔ بین لختی ذات الجنب کی ایک کثیر الوقوع علامت نفث الدم (haemoptysis) ہے (Dieulafoy) اور اگر ریال رہی ہے، جیسا کہ وہ اکثر ہوتا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ ایک شعبۂ کے اندر دا ہو جائے اور کھانسی کے ذریعہ خالی ہو کر خود اچھا ہو جائے، اگرچہ کبھی کبھی ایک صوبی کہف (discharging cavity) ہیمینوں اور برسوں تک باقی رہتا ہے۔

ذائفراہی ذات الجنب (diaphragmatic pleurisy) میں انصباب

شش اور ڈائفرام کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ مقدار میں وہ عموماً وافر نہیں ہوتا۔ اس سے پہلے اکثر شدید درد ہوتا ہے، اور ساتھ ساتھ سانسے دسویں سہلی میں ڈائفرام کی انتہا کے مقام پر دبانے سے، یا گردن میں عصب ڈائفرامی (phrenic nerve) کو باہر سے دبانے سے ایلمیٹ (tenderness) محسوس ہوتی ہے۔ تاوقتیکہ یہ مرض خاص پٹیورائی کہف میں نہ پہنچ جائے، اصمیت (dulness) 'صوتِ فزکی' اور بز صوتی (ægophony) غیر موجود ہوتے ہیں اور اس طرح مایع کے کسی چھوٹے اجتماع کا جو یہاں دُور بند (encysted) ہو، آسانی نظر انداز ہو جانا ممکن ہے۔

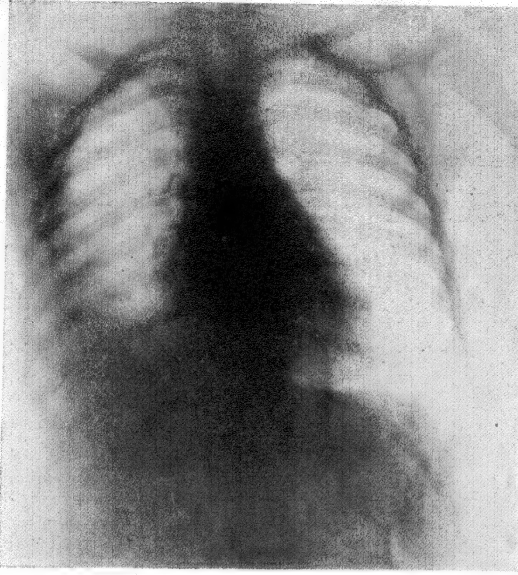
اسی طرح ممکن ہے کہ ایک واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) بھی بہت تھوڑے متمیز امارات ظاہر کرے، تاوقتیکہ اجتماع سیال اتنا کافی نہ ہو جائے کہ سینہ کے خط وسطی میں اہم ساختوں پر دباؤ پڑنے لگے۔ یہ امارات یہ ہیں :- بہر (dyspnoea)، ضیق (oppression) کے دورے، سوں سوں کی آواز (wheezing) اور صرصر (stridor) 'عسر البلع' (dysphagia)، نحاسی کھانسی (brassy cough)، بھرائی ہوئی آواز (hoarseness) اور سطح سینہ پر کی آویدہ کا پھول جانا۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ظہری فقرات (dorsal vertebrae) پر دبانے سے ایلمیٹ پائی جائے، اور نزد فقری اصمیت (paravertebral dulness) اور کمزور اصوات تنفس، بز صوتی (ægophony) اور لغطات موجود ہوں۔ تاہم اور کے اوپر ذات الجنب نام نہاد پٹیورائی تاء موری فرک (pleuro-pericardial friction) پیدا کر دیتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 127)۔ واسطی تقيحات الصدر (mediastinal empyemas) شعبی انوبات کی راہ سے خارج ہو جائے، کارجمان رکھتے ہیں۔ تشخیص میں لاشعاعوں (X-rays) سے مدد ملے گی، جو یہ ظاہر کر دیں گی کہ تسد پیدا کرنے والا تو وہ مایع ہے یا نہیں۔

تشخیص - خشک ذات الجنب (dry pleurisy) میں درد کو سینہ کے دوسرے دردوں سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، جن میں سے عام ترین وجع الجنب (pleuro-dynia) یعنی ریشی التهاب (fibrositis) ہے۔ یہ حرکت سے زیادہ ہو جاتا ہے، لیکن اس کے ساتھ بخار یا گرگڑ (rub) نہیں ہوتی۔ بین الامسلاخ

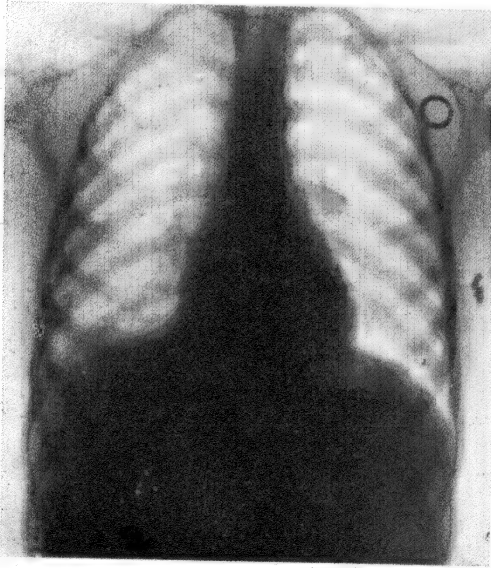
وجع العصب (intercostal neuralgia) اُس مجاورت یا تعلق کی وجہ سے جو وہ اعصاب سے رکھتا ہے اور وجع العصب کے امتیازی الیم نقاط کی وجہ سے شفاخت ہوتا ہے۔ گرد کبدی الہتاب (perihepatitis) اور گرد طحالی الہتاب (perisplenitis) ایسے درد پیدا کر سکتے ہیں جو سانس لینے پر بڑھ جاتے ہیں، کیونکہ یہ اعضا دوران شہیق میں ڈانفرام کے نزول سے مضبوط ہو جاتے ہیں۔

درجہ انصباب میں ہیں اولاً اس پر غور کرنا پڑتا ہے کہ آیا کھفہ پلیئوری کے اندر مایع موجود ہے یا نہیں اور دوم اس پر کہ اس مایع کی نوعیت کیا ہے، آیا وہ مصل ہے یا ریم؟ حادثاتوں میں ذات الحجب اور ذات الریدہ کے باہم خلط ملط ہو جانے کا نہایت امکان ہوتا ہے، کیونکہ ذات الریدہ کے ابتدائی درجوں میں سموات نفس اکثر غیر موجود ہوتے ہیں۔ عموماً ذات الحجب لمسی ارتعاش (tactile vibration) کی غیر موجودگی اور نسبت زیادہ مطلق قسم کی صمیت (more absolute dullness) سے ممیز ہوتا ہے۔ اور نسبت بڑے انصبابات قلب کو اس کی طبعی وضع سے ہٹا دیتے ہیں جو ایک فیصلہ کن علامت ہے۔ پلیئوری انصباب میں لا شعاعوں سے ایک نہایت سیاہ عکس پیدا ہو جاتا ہے جس کا بالائی مقعر حاشیہ ریڑھ سے دفعتاً اُٹھ کر بغل کی جانب جاتا ہے اور ڈانفرام کا خط نہیں نظر آتا (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۷ ص ۱۶۸)۔ شش جو اوپر ہوتا ہے، تکثیف (condensation) کی وجہ سے ایک ہلکی سیاہی طہر کرتا ہے، اور گاہے ایک تحدیدی خط بھی پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۸)۔

مزمن اصابتوں میں شش کی بافت کے بیشتر تجہلات (consolidations) سے سیال کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، خواہ یہ تجہلات کے جرم میں جماؤ ہونے کی وجہ سے ہو، خواہ اس کے پچکاؤ کے باعث۔ اس قسم کی بعض اصابتیں حسب ذیل ہیں:۔ تندلی تجہل یعنی شش (fibroid lung)، مرض قلب سے پیدا ہو جانیوالا تصلب (induration)، شش کی بالید اور انضغاط جو کہ سامنے سے تا موری انصباب سے اور نیچے سے زیر وایا فرامی بھوڑے (subphrenic abscess) اور جگر کی بالید یا کیسیہ (hydatid) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اصابتوں کے مشترک طبیعی امادات یہ ہیں:۔ صمیت، سموات تنفس کا اندام صوفی ٹمک اور لمسی ارتعاش کا اندام (یعنی



الف



ب

یہ شعاع نگاشتیں پلیمورائی انصباب اور انحلال ظاہر کرتی ہیں۔ الف - ۲۰ مارچ ۱۹۳۳ء - یہ امیٹا ہو کہ انصباب اور شیش کے اتصال پر جو منحنی خط ہے وہ ٹھیک رس تک اور اس کے گرد چمکیا ہے جس سے معلوم ہوتا ہے کہ بالائی حصہ میں سیال کی ایک نہایت ہی تیلی تہ موجود ہے۔ ب - ۱۲ اپریل ۱۹۳۳ء - (یہ شعاع نگاشتیں لنڈ سے لاک نے مصنف کے ایک مریض سے

تندرست شش کی حملہ شہادتوں کی غیر موجودگی، محض اس وجہ سے کہ یہ بالیدیں یا مائعات کے اجتماعات شش کو اسی طرح پچکا یا ہشادیتے ہیں جس طرح سے کہ ایک پلیورائی انصباب۔ قاعدہ شش پر احمیت کا (جو غلطی سے اکثر پلیورائی انصباب سمجھ لیا جاتا ہے) ایک دوسرا سبب ایک شعبۂ کا تہہ ہے۔ لیکن اس حالت میں یہ احمیت عموماً اس قدر مطلق نہیں ہوتی جتنی کہ یہ پلیورائی انصباب کی صورت میں ہوتی ہے۔ ڈائفرام کے نیچے کی بالیدوں، پھوڑوں یا دودیروں (cysts) کو پلیورائی انصباب سے تمیز کرنے میں لاشعاعی امتحان خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ ڈائفرام اول الذکر کی بالائی سطح بناتا ہے اور محذب ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ اٹھا ہوا اور تنفس کے ساتھ غیر متحرک ہو۔ پلیورائی انصباب کی بالائی سطح مقعر ہوتی ہے۔

تقيع الصدر میں مریض کی شکل و صورت اکثر چھکی پڑ جاتی ہے، بلکہ وہ علاء الم (anæmic) ہو جاتا ہے۔ تپش اکثر عادی قسم (hectic type) کی ہوتی ہے اور تپش ۹۸ یا ۹۹ درجہ سے لے کر شام کو ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴ ہو جاتی ہے جس کے ساتھ قشہ بڑ یا کمثرت پیمہ نکل سکتا ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ تپش بالکل درجہ طبی کی ہو ممکن ہے کہ سینہ پیپ سے بھرا ہوا ہو۔ تقيع الصدر میں سپید خلیوں کی نمایاں کثرت ہوتی ہے۔ ذات الجنب کے دوران میں دفعۃً ریوی نفث واقع ہو جانا اس امر کی ایک اہم دلالت ہے کہ ایک ایسا تقيع الصدر موجود ہے کہ جو ایک شعبۂ کے اندر پھٹ گیا ہو اور طویل المدت احصا بتوں میں انگلیاں موٹی پڑ جاتی ہیں یا گرز شکل (clubbed) ہو جاتی ہیں۔ دیوار سینہ کا اذیم، مصلی انصبابات کے تحت تقيع الصدر میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے، لیکن وہ ان دونوں حالتوں میں سے کسی ایک کی بھی استثنائی امارت نہیں۔ تقيع الصدر کے اوپر والی دیوار سینہ دبانے سے ایلم پائی جاسکتی ہے۔ نو عمر بچوں میں کھانسی بہر (dyspnoea) 'قے' اور لاغری کا کیجا پایا جانا تقيع الصدر پر دلالت کرتا ہے۔

ذات الجنب کے علاوہ دوسرے اسباب، یعنی مقامی اور نکلی استسقاء کے باعث بھی کھنہ پلیورائی کے اندر مصل موجود ہو سکتا ہے۔ طبعی امارات شامل ہوتے ہیں لیکن یہ حالت جسے استسقاء صدري (hydro-thorax) کہتے ہیں عموماً مزمن قلب

یا مرض برائٹ، یا سینہ کے اندر کی بالید کا دباؤ عروق پر پڑنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ اور ذات الجنب کے ساتھ جو حموی متلازمات ہوتے ہیں وہ اس میں موجود نہیں ہوتے۔ حاد اصابتوں کو چھوڑ کر دوسری تمام اصابتوں میں تشخیص کی لغزشیں اتنی کثیر التعداد ہیں کہ ایک مناسب سوئی اور پچکاری کے ذریعہ جلد ہی استقصاء (exploration) کے ذریعہ فیصلہ کرنا چاہئے۔ اس میں ایک مزید فائدہ یہ ہے (جو صرف اسی سے حاصل ہو سکتا ہے) کہ سیال کی نوعیت دریافت ہو جاتی ہے، اور خورد بینی اور جرثومیاتی امتحان کے لئے ماؤہ بھی حاصل ہو جاتا ہے۔ مجہول انصبابات (passive effusions) (استقائے صدی hydrothorax) میں بڑے سرطانی خلیوں کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، لیکن لف خلیے بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ ذات الجنب کی اقسام ساریہ میں جو نبقہ سنجیہ یا نبقہ ریویہ کے سبب سے ہوں، کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) اور بڑے یک نواتی (large mononuclear) سپید خلیے زیادتی کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ تدری ذات الجنب میں لف خلیوں کا اکثر غلبہ رہتا ہے، لیکن کثیر الاشکال نواتی خلیے بھی اکثر موجود رہتے ہیں۔ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے، لیکن خون آلود انصباب بالید کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

اگر پیلوٹرائی مصل سے عضویوں کی کاشت براہ راست نہیں کی جاسکتی، اور اگر عصیہ درنیہ کا حاصل ہونا ممکن نہ ہو، تو مصل کا درنی الاصل ہونا ایک گینی پگ کی تطعیم (inoculation) کر کے ثابت کیا جاسکتا ہے۔

جیسا کہ محدود المقام ذات الجنبوں کے علامات کے بیان میں اشارہ کیا جا چکا ہے، ان کی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) کا واسطی سلحات (mediastinal growths) کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، خواہ یہ جمیٹ سلحات ہوں یا لمغائی غدی (lymph-adenomatous)۔ لیکن اول الذکر کی سرگزشت مرض عموماً بہت تھوڑے عرصہ کی ہوتی ہے، اور حملہ مرض سرریع ہوتا ہے۔ تمام اصابتوں میں لاشعا عوں سے مدد مل سکتی ہے۔

انذار۔ ذات الجنب بغیر انصباب کے ہو یا مصلی فائبرینی انصباب کے ساتھ ہو اس کی بیشتر اصابتیں یا تو دوائی علاج سے، یا مایع خارج کر دینے کے بعد

شفایاب ہو جاتی ہیں، لیکن ممکن ہے کہ اُن کی سرگزشت مابعد اکثر ناموافق ہو۔ دوسرے سے کم کے بچوں میں تقيج الصدر نہایت ہی ہلک ہوتا ہے۔ صرف ۲۵ فی صدی شفا یاب ہوتے ہیں (40)۔ یہ اس وجہ سے ہے کہ اکثر وہ ایک عمومی تقيج ریوی سرایت کا ایک ہی مظہر ہوتا ہے، اور یہ سرایت ہم زماں طور پر ذات الریہ، التهاب تَامُور (pericarditis)، وغیرہ بھی پیدا کر دیتی ہے۔ نسبتاً بڑے بچوں میں تقيج الصدر عموماً ذات الریہ کے بعد ہوتا ہے اور دوسری کوئی پیچیدہ گیاں نہیں ہوتیں، بلکہ انڈارا چھا بلکہ بالغوں سے بہتر ہوتا ہے، اور پیپ جس قدر جلد خارج کر دی جائے وہ اس قدر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہے کہ بچوں میں مریضوں کی غالب تعداد تقيج ریوی ہوتی ہے، درآنحالیکہ بالغوں میں زیادہ مریض تقيج کسبی ہوتے ہیں۔ اگر تقيج ریوی تقيج الصدر التهاب تَامُور (pericarditis) سے پیچیدہ ہو جائے، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، تو انداز خراب ہوتا ہے۔ لیکن ایسی بعض اصابتیں شفا یاب ہوتی ہیں۔

علاج۔ اگر ذات الجنب تدریجی ہو تو ریوی تدرن کے عنوان کے تحت بیان کردہ عام علاج کرنا چاہئے۔

پسی ہوئی اسی کی پلٹسوں (linseed meal poultices)، اینٹی فلا جسٹین (antiphlogistin) یا تھر موجن وول (thermogen wool) کے لگانے، اور افیون یا مارفیا (morphia) کے داخلی استعمال، یا مارفیا کے تحت الجلدی استعمال سے درد میں تخفیف کی جاسکتی ہے۔ درد کے مقام پر چھالے ڈالنے (blisters)، جوئکس (leeches) لگانے یا مجمہ (cupping) استعمال کرنے سے بھی عموماً تسکین ہوتی ہے۔ ماؤف جانب کو اگر بند کشیدہ (strapped) کر دیا جائے تو اس ذریعہ سے تنفسی حرکات کی روک تھام ہو جاتی ہے، درد کم ہو جاتا ہے، اور غالباً التهابی فعل کسی حد تک رُک جاتا ہے۔ ایک نہایت ہی عمدہ متبادل طریقہ جس کو سر چارلٹن برسکو (Sir Charlton Briscoe) نے اختراع کیا ہے یہ ہے کہ ایک بیٹ (belt) سینے کے

لے یہ پٹی براٹس ایٹ ایولین، وگمور سٹریٹ، ڈیلوائی (Briec Evelyn, Wigmore Street, W. I.) سے مل سکتی ہے۔

گرد نہایت مضبوطی کے ساتھ باندھ دی جائے۔ تندرست جانب پر پیٹھی میں ایک پیتل کی کمانی داخل کر دی جاتی ہے تاکہ شہیق کے ساتھ پھیلاؤ ممکن ہو جائے۔ بند کشیدگی (strapping) چوڑی دھجیوں کی صورت میں کرنی چاہئے جو ریڑھ کی ہڈی سے لے کر عظم القص تک لگی ہوئی ہوں، اس طرح پر کہ متبادل دھجیاں ترجیحاً رخ میں اوپر کے طرف اور ترجیحاً رخ میں نیچے کے طرف جائیں، یہاں تک کہ ساری جانب ڈھک جائے۔ مریض کو بے حرکت رکھنا چاہئے۔ اگر انصباب واقع ہو جائے تو مُکَلَّنات (anodynes) کی ضرورت کم ہوگی، اور مالحات (salines) جیسے کہ ایسیٹ آف پوٹاسیئم (acetate of potassium) اور سائٹریٹ آف پوٹاسیئم (citrate of potassium) یا ایسیٹ اور سائٹریٹ آف آمونیئم (acetate of ammonium & citrate of ammonium) دئے جاسکتے ہیں۔ ان کا اثر یہ ہوتا ہے کہ جلد اور گروے کے اخراجات (excretions) زیادہ ہو کر انصباب شدہ سیال کے جذب میں مدد ہوتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد آیوڈائنڈ آف پوٹاسیئم اسکیل (squill) یا دوسرے مدرات (diuretics) ملائے جاسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ایسی ضد خراش (counter-irritation) سے، جیسی کہ پنچر یا محلول آیوڈین ماؤف جانب کے اوپر تصبیغ کرنے سے حاصل ہو سکتی ہے، جذب زیادہ ہو جائے۔

تدثری انصباب کی صورت میں آج کل عام ترین دستور العمل یہ ہے کہ سیال کو صرف اُسی وقت خارج کیا جاتا ہے جب کہ وہ بہت زیادہ مقداروں میں موجود ہو۔ یقین کیا جاتا ہے کہ متوسط مقداریں شش کو پچکا کر اور اس کی حرکت کو کم کر کے حقیقتہً مفید ہوتی ہیں، اسی اصول کے مطابق کہ جس اصول کے مطابق مصنوعی امترواح الصدر (artificial pneumothorax) مفید ہوتا ہے۔ اگر قلب دوسری جانب کو دھکیل دیا گیا ہے یا اگر سینہ کی ایک جانب کے بیشتر حصہ پر مطلق احمیت (absolute dulness) موجود ہے تو ایک منزل اور قنولجہ کے ذریعہ کچھ سیال خارج کر دینا چاہئے۔ بہترین قاعدہ یہ ہے کہ اُسے اُس وقت تک نکلنے دیا جائے جب تک کہ اس کا دباؤ کرہ ہوائی کے دباؤ سے نیچے نہ ہو جائے، یعنی جب تک کہ وہ خود بخود قنولجہ کے باہر نکلنا موقوف نہ کر دے۔ وقت بچانے کے لئے اکثر ایک

محاصر (aspirator) استعمال کیا جاتا ہے، یا مانع کو ایک سیفنی عمل (syphonage) کے ذریعہ ایک خم پذیر انبوبہ میں سے بہا کر ایک طرف میں نکال لیا جاتا ہے جو کہ فرش پر پڑا ہوتا ہے۔ لیکن یا در کھنا چاہئے کہ ایسے ذرائع سے مانع کو آسانی ایسی مقدار میں نکالا جاسکتا ہے جو مناسب سے زیادہ ہوتی ہے۔ ایک تازہ طریقہ یہ ہے کہ سیال کی جگہ جو داخل کر دی جائے۔ شش کو پھیلانے میں سادہ تنفسی ورزشوں سے بڑی مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔ مریض کو متواتر دھنوں سے گہری سانس لیننی چاہیے اور مزاحمت کے خلاف باہر کو پھونکنا بھی چاہئے۔

اگر سونی سے استقصاء (exploration) کرنے پر ظاہر ہو کہ مانع بری ہے (قلع الصدر) تو جراح کو چاہئے کہ ایک مقامی یا عام معدم حس (local or general anesthetic) استعمال کر کے آزادانہ شکاف دے اور پسی کا ایک ٹکڑا قطع کر کے پیپ کو باہر بہنے دے۔ دو سال سے کم عمر والے بچے پسی تگے جزوی استیصال (rib resection) کی برداشت اچھی طرح نہیں کر سکتے۔ ایک مینرل (trocar) کے ذریعہ ایک قنولچہ (cannula) داخل کیا جاسکتا ہے اور اسے جسم کے گرد فیتے لگا کر ٹھیک وضع میں باندھ دیا جاسکتا ہے۔ ایک ربر کی ٹی جو قنولچہ میں ٹھیک بیٹھ جائے، قلع الصدری کہف کے اندر داخل کی جاتی ہے اور اس کے مشمولات کو ایک دبزدیواروں والی صراحی (flask) کے اندر خالی کر لیا جاتا ہے، اور ایک مقطاری پمپ (filter-pump) یا کسی دوسری ترکیب کے ذریعہ مستقل امتصاص (suction) قائم رکھا جاتا ہے (41)۔ طویل المدت مغفول قلع الصدری اصابتوں میں باوجود آزادانہ میلیت (free drainage) کے کہف سے پیپ کا افراز جاری رہتا ہے اور زخم بند نہیں ہوتا۔ اگر یہ زیادہ عرصہ تک ہوتا رہا تو جربشی مرض (lardaceous disease) کا اندیشہ ہونا چاہئے۔ ایسی حالت میں تین طریقہ ہائے عمل ممکن ہیں:۔ (۱) کہف کو یوسال (eusol) کے ذریعہ دھو کر صاف کیا جائے، یہاں تک کہ اس کے مشمولات جراثیمیاتی طریقہ سے امتحان کرنے پر عملاً عقیم (sterile) ملیں۔ کیاریل کا مسلسل میلیت کا طریقہ (Carrel's method of continuous drainage) کام میں لایا جاسکتا ہے۔ پھر زخم کو بند

ہونے دیا جائے، تاکہ مریض ایک مستقل عقیم استرواح الصدر (sterile pneumothorax) حاصل کر لے۔ معمولی حادثہ تنقیع الصدر میں کبھی کبھار دھوننا ہی بہتر رہتا ہے، کیونکہ پلٹیورائی محکومہ سی غشیان (pleural reflex syncope) کے باعث اموات کا اندراج ہوا ہے۔ یہ ہلاکت غالباً عصب تانیہ کے امتناع (vagal inhibition) کے باعث ہوتی ہے، جو مثبت پلٹیورا کی خراش کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ مزمن امواتوں میں یہ ظاہریہ خطرہ نہیں موجود ہوتا۔ (۲) ایک خاصہ وسیع جراحی عملیہ انجام دیا جائے جس میں پیلوں کی اتنی کافی تعداد کا جزوی استیصال (resection) عمل میں لایا جائے کہ جس سے ہاتھ سینہ کے اندر داخل ہو سکے۔ ویزر شائی پلٹیورا (visceral pleura) چھیل لیا جاتا ہے (تقشیر = decortication) اور پھینچھا رہے سرعت پھیل کر کبھی کبھار پر کر دیتا ہے۔ (۳) ترقیع الصدر (thoracoplasty) کا عملیہ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۵)۔

یہ مسئلہ اکثر پیش آتا ہے کہ آیا حادثہ پلٹیورائی انصباب کی ان امواتوں میں جو بقیہ سببیہ کے باعث ہوں، جراحی عملیہ کرنا چاہئے، مثلاً اس وقت جب کہ سیال کسی قدر گندلا ہو اور خرد بینی امتحان کرنے پر اس میں کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی خلیے (polymorphonuclear cells) موجود پائے جائیں۔ اس کا جواب یہ ہے کہ جزوی استیصال ضلعی (rib resection) محض اسی وقت عمل میں لانا چاہئے جب کہ حقیقی ریم موجود ہو، لیکن گندلا سیال اگر مقدار کثیر میں موجود ہو تو اسے بذریعہ امتصاص (aspiration) خارج کیا جاسکتا ہے۔ کمپ لی، وا (Camp Lee, Va) کے مقالہ پر امریکی شہادت سے اس طریقہ عمل کا فائدہ ان نتیجہات الصدر میں مطہوم ہو گیا جو خون پائش (haemolytic) بقیہ سببیہ کی وجہ سے ہوئے تھے۔ ابتدائی امواتوں میں ذات الجنب کے ساتھ اکثر ذات الریہ موجود ہوتا ہے۔ مزید برآں اگر جزوی استیصال ضلعی کا عملیہ زیادہ ابتدائی درجہ میں عمل میں لایا جائے تو ممکن ہے کہ زخم سرایت زدہ ہو کر عفونتہ الدم (septicæmia) پیدا کر دے۔ انصباب، گو وہ گندلا بھی ہو، اکثر بلا عملیہ کے صاف ہو جاتا ہے۔ اس کے عکس یہ بھی ممکن ہے کہ دو یا تین ہفتوں میں پیپ نو یاب ہو جائے۔ ایسی حالتیں جنہوں استیصال ضلعی (rib resection) عمل میں لانا چاہئے۔ تنقیع الصدر کے جراحی

علاج کے دوران میں مریض کو ہر طریقہ سے عمدہ غذا، خوشگوار ہوا، اور مقوی ایویہ مشلا کوئین (quinine) اور لوہے سے سہارا دینا چاہئے۔

استقاء الصد

(HYDSOTHORAX)

اس اصطلاح کا اطلاق کھنہ پلیوراکے اندر سیال کے اس اجتماع پر کیا جاتا ہے، جو التهاب کا نتیجہ نہ ہو بلکہ مرض قلب یا مرض برائٹ یا کبیت جگر (cirrhosis of the liver) کا نتیجہ ہو یا سینہ میں بالید کی وجہ سے دوران خون میں مداخلت واقع ہونے سے پیدا ہو جائے۔ یہ فی الحقیقت کھنہ پلیوراکا استقاء ہے، اور اس سیال میں اس سے کم البیومین اور کم فائبرینوجن (fibrinogen) موجود ہوتا ہے کہ جتنا ذات الجنب میں ہوتا ہے۔ اس کے طبی امارات پلیورائی انصباب کے طبی امارات سے مشابہ ہوتے ہیں لیکن رگڑ (rub) بلاشبہ غیر موجود ہوتی ہے چونکہ جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ ایک عمومی یا مرکزی سبب سے پیدا ہوتا ہے، یہ ذات الجنب کے نسبت بہت زیادہ مرتبہ دو جانبی پایا جاتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی ایک بہت بڑا ایک جانبی انصباب بھی محض استقاء (dropsy) ہو سکتا ہے۔ استقاء الصد کی شناخت کا انحصار عام طور پر سرگزشت مرض (history) اور اس کو پیدا کرنے والے امراض کی سابقہ موجودگی پر ہوتا ہے۔ جب یہ سیال نکال لیا جائے تو اس کے اندر موجود رہنے والے طوی عناصر کی نوعیت تشخیص میں مدد ہو سکتی ہے، جیسا کہ ذات الجنب کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اگر ایسٹک آئیڈ (acetic acid) التهابی انصباب میں ملایا جائے تو ایک سپید گندلا پن (white turbidity) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایک انصباب مجہول (passive effusion) کے ساتھ ایسا نہیں واقع ہوتا۔ اس کا علاج بیشتر ثانوی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ یہ اس کے پیدا کنندہ فرار کے علاج پر مشتمل ہے۔ چونکہ اگر سیال کو خارج کیا جائے تو اس کا پھر واقع ہونا تقریباً یقینی ہے، لہذا نزل (paracentesis) یا امتصاص (aspiration) صرف

اُسی وقت عمل میں لانا چاہئے جب کہ ایک بہت بڑا انصباب (جو خواہ صرف ایک ہی جانب پر ہو یا دونوں جانبوں پر منقسم ہو) تنفس میں خطرناک طور پر رکاوٹ پیدا کر رہا ہو۔

صدر دمویت

(HÆMOTHORAX)

اس اصطلاح سے مراد خون کا وہ انصباب ہے جو بڑی مقدار میں کہنف پلئورا کے اندر ہو۔ اس کا استعمال محض ان خون آلود مصلی انصبابات کے لئے نہیں کیا جاتا جو ذات الجنب میں اس قدر عام ہیں۔ صدر دمویت عموماً زخموں، قنصرات یا صدري آنورسما (thoracic aneurysm) کے انشقاق سے پیدا ہو جاتی ہے۔ زخموں کی حالت میں زندگی کو سب سے بڑا خطرہ باہر سے خون کے سرایت زدہ ہو جانے سے ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ تدرن پلئورا میں واقع ہوتا ہے، یا ایک سِل ریوی کے کہنف (phthysical cavity) کے اندر ایک ریوی عرق کے انشقاق اور ازاں بعد پلئورا کے اندر خون کی وعا بدری (extravasation) سے واقع ہو جاتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں یہ ایک نفاخی آبلہ (emphysematous bulla) کے پھٹ جانے سے (Newton Pitt) یا کہبتِ جگر، ذراقی گردے (granular kidney) یا متع قلب (dilated heart) کے ساتھ پائے جانے والے انحطاط یافتہ عروق سے، یا خبیث مرض (malignant disease) سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ اولی (primary) معلوم ہوتا ہے، اور اس کے مبداء کی توجیہ کبھی نہیں ہوتی۔ طبیعی امارات کہنف پلئورائی کے اندر مایع کی موجودگی کے ہوتے ہیں۔ زخموں کے بعد پیدا ہو جانے والی صدر دمویت میں اُسی جانب کا ڈانفرام بلند اور بے حرکت ہوتا ہے۔ شش بہت پچکا ہوا ہوتا ہے، اور سیال سے اوپر بہت ڈھیلا ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسکو ڈائی گمک (Skodaic resonance) خاص طور پر نمایاں ہوتی ہے۔

تشخیص کا انحصار انورس کی حالت میں ماضی سرگزشت پر اور اس غشیان (syncope) اور شحوب (pallor) پر ہوتا ہے، جو خون کے سریع الوقوع ضیاع پر دلالت کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ صدر دمویت صرف انتقصاء (exploration) کرنے پر پائی جائے۔ علاج - اگر مایع کو بذریعہ امتصاص (aspiration) خارج کیا جائے تو اس کے دوبارہ پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ اور غالباً بہتر یہی ہے کہ اگر خون رات دباؤ پیدا کر کے تکلیف کا باعث نہ ہو تو اسے جذب ہونے کے لئے علیٰ حالہ چھوڑ دیا جائے۔ زخموں کی حالت میں ایک متوسط صدر دمویت کو زخم لگنے کے ایک ہفتہ کے بعد امتصاص کے ذریعہ خارج کیا جاسکتا ہے، اور بجائے اس کے آکسیجن داخل کر دینا اکثر فائدہ مند ہوتا ہے۔ عفونی صدر دمویت کے لئے آزادانہ میلیت (free drainage) کی ضرورت ہوتی ہے۔

کیلوں صدری

(CHYLOTHORAX)

شاذ اماتوں میں کہفہ پلئورائی کے اندر کا انصباب سپید اور دودھ جیسا ہوتا ہے، ان سیالات کے مانند جو بعض اوقات کہفہ باریطونی میں موجود ہوتے ہیں۔ بعض اماتوں میں یہ حقیقی کیلوں صدری ہوتی ہے، اور بعض میں ایک کیلوں نمسا انصباب (chyliform effusion)، جس میں لبنی منظر کیلوں (chyle) کے شمی عناصر کی وجہ سے نہیں بلکہ لیسیتھین (lecithin) کے ایک مرکب کے ذرات کے باعث ہوتا ہے (ملاحظہ ہو استقائے شکمی کیلوسی = Chylous = Ascites)۔ اس کے اسباب وہی ہیں جو باریطون کی حالت میں ہوتے ہیں۔ سینہ میں قناتہ صدری (thoracic duct) کو تضرر پہنچ جانے سے کیلوسی صدر دمویت (chylo-hæmothorax) کی اماتوں کا اندراج ہوا ہے۔

استرواح الصدر

(PNEUMOTHORAX)

امراضیات - کہنہ پلئورا کے اندر ہوا کی موجودگی استرواح الصدر کہلاتی ہے۔ اگر اس کے ساتھ مصل بھی موجود ہو تو یہ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) کہلاتی ہے۔ اگر ہوا کے ساتھ پیپ بھی ہو تو سہمی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) کہلاتی ہے اگر ہوا کے ساتھ خون ہو تو دھوی استرواح الصدر (haemo-pneumothorax) کہلاتی ہے۔

کہنہ پلئورائی کے اندر ہوا حسب ذیل طریقوں سے داخل ہو سکتی ہے:-
 (الف) دیوار سینہ کے اندر کے کسی سوراخ کی راہ سے، (ب) سطح شش کے کسی تفرق کی راہ سے، یا (ج) کبھی کبھی قرب و جوار کے کسی ایسے حشا کے انشقاق سے جو ہوا پر مشتمل ہو۔ (الف) استرواح الصدر پہلو کے ہر ایسے زخم سے پیدا ہو سکتا ہے جو دیوار سینہ کی ساری دباؤ میں ہو کر گذرنا ہو۔ مصنوعی طور پر یہ اس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ تنفج الصدر کے لئے پسلی کا جزوی استیصال کیا جاتا ہے (ریمی استرواح الصدر = pyo-pneumothorax) یا جب سہل ریوی کا علاج مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) پیدا کر کے کیا جاتا ہے۔ (ب) جب ایک کمور پسلی پلئورا کی دونوں تہوں کو اس طرح مشقوب کر دیتی ہے کہ ہوا شش سے کہنہ پلئورا کے اندر داخل ہو جاتی ہے، تو بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے، دواں حالیکہ جلد سالم رہتی ہے۔ سطح شش کے انشقاق سے خود بخود واقع ہو جانے والے استرواح الصدر کی دس اصابتوں میں سے نو ایسی تھیں جو سہل ریوی کے باعث پیدا ہوئیں جب کہ ایک کہنہ (vomica) عمل تفرج کے ذریعہ کہنہ پلئورائی میں مکمل کیا گیا تھا۔ اور نسبت کم عام طور پر ایک تنفج الصدر پلئورا کے اندر سے نکل کر شش میں پہنچ جاتا ہے اور ہوا پلئورائی تا چہ میں داخل ہو کر ایک ریمی استرواح الصدر پیدا کر دیتی ہے۔ حاد ات الریہ میں پلئورا کا مشقوب ہونا معلوم ہوا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوا ہے کہ ہوا

باہر نکل کر ایک استرواح الصدر بن گیا ہے۔ اور شش کا تعلق الدمی خراج (pyæmic abscess) یا اس کی نگرین ایک مماثل نتیجہ پیدا کر سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ ایک نفاخی آبلہ (bulla) پھوٹ جائے۔ بار بار ایک بالکل تندرست شخص میں انشقاق شش سے، جو غالباً کسی قسم کے یکایک زور لگانے کا نتیجہ ہو، استرواح الصدر (نیو موٹھوریکس) خود بخود واقع ہو جاتا ہے۔ (ج) شوک کا یا واسطہ کا پھوڑا (spinal or mediastinal abscess) پلئو راکے اندر نقب لگا دے تو نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ پلئو راکے اندر ہوا بھی داخل ہو جائے۔ اسی طرح معدے کا قرص یا سرطان، یا مری کا سرطان، غذائی قنال سے ہوا کو داخل کر سکتا ہے۔

استرواح الصدر کو اس کے پیدا کنندہ فتحہ کی حالت کے لحاظ سے مفتوح (open) 'مسدود' (closed)، یا مصراعی (valvular) کہہ سکتے ہیں۔

مفتوح استرواح الصدر (open pneumothorax)۔ جب کسی بیرونی زخم سے ہوا سینہ کے اندر داخل ہو جاتی ہے اور زخم مفتوح رہ جاتا ہے تو شش خود اپنی لمبک کی وجہ سے پچک جاتا ہے۔ اور نہ صرف زخمی شدہ جانب کا شش، بلکہ ممکن ہے کہ مقابل کا شش بھی کسی قدر منقبض ہو کر اپنے ساتھ واسطہ کو کھینچ لے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ احشائے کیسی قدر جانی غیر وضیعت (lateral displacement) واقع ہو جاتی ہے، ٹھیک اسی طرح جس طرح کہ سیال انصباب کی صورت میں ہوتا ہے۔ جب سل ریوی کے کنبہ کا انشقاق اس طرح واقع ہو کہ روزن غیر مسدود رہے اور تاج پلئو راکے شعبی انبوبات سے مرتبط رہے تو ایسی صورت میں بھی استرواح الصدر واقع ہو جانے سے غیر وضیعت واقع ہوتی ہے۔ ان دونوں حالتوں میں استرواح الصدر میں ہوا کا واسطہ باؤ کرہ ہوائی کے دباؤ کے برابر ہوتا ہے۔

مسدود استرواح الصدر (closed pneumothorax)۔ جب روزن چھوٹا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ لف سے بہ سرعت مسدود ہو جائے۔ ایسا ہونے سے مزید وعابداری رک جاتی ہے اور ممکن ہے کہ ہوا تمام تر جذب ہو جائے۔ یکسو ہڈی سے پلئو راکے دریدگی (laceration) ہو جانے کی مثالوں میں 'او'

بعض اوقات مرض شش کی وجہ سے واقع ہونے والے استرواح الصدر میں یہی صورت پیش آتی ہے۔ مسدود استرواح الصدر میں ملبوس ہوا کا تدریجاً ترقی پذیر جذب واقع ہوتا ہے۔ دباؤ منفی ہوتا ہے، اور احشاء کی غیر وضعیت (جسکے دیگر اعضاء مساوی ہوں) اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی مفتوح استرواح الصدر میں ہوتی ہے۔
مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax)۔

ایک تیسرا امکان یہ ہے کہ پلئوری بجھلی یا ملف کی ایک دھبی روزن پرلشکتی رہتی اور اس طرح ایک مصراع (valve) بنادیتی ہے۔ ایسی صورت میں شہق (inspiration) کے ذریعہ سے ہوتا چہ پلئوری کے اندر کھینچ آتی ہے لیکن دوران فیر (expiration) میں باہر نہیں جاسکتی۔ اوسط دباؤ مثبت ہو جاتا ہے، یعنی کرہ ہوائی کے دباؤ کے نسبت زیادہ بڑھ جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ احشاء کی غیر وضعیت (displacement) اور سینہ کا انتفاخ (distension) انتہائی درجہ کا ہو جائے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ قلب متقابل کی جانب کو بہت دور تک دھکیل دیا جائے، اور ڈیفرام کے تسطح (flattening) اور ارتکاس (inversion) کے باعث جگر یا طحال بھی نیچے ہٹ جائے۔ ممکن ہے کہ دوسرے روزنوں کی طرح مصراعی روزن بھی انضمامات (adhesions) سے مسدود ہو جائے۔

191

مہبوط شش اور احشاء کی غیر وضعیت کی مقدار مختلف اصابتوں میں شش کی مابقہ حالت سے اثر پذیر ہوتی ہے۔ اگر شش سُل رِیوی میں وسیع طور پر مرضی ہو، یا بیشتر حصے میں منضم (adherent) ہو، تو مہبوط بہ نسبت اُس وقت کے جب کہ وہ بیشتر حصے میں تندرست ہو کم ہوگا۔

طبعی امارات۔ گنگ (resonance) کا انحصار ایک کہف کی موجودگی پر اور ایسی لچکدار دیواروں کی موجودگی پر ہے جو ہوا کی موجوں کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر مرتعش ہونے کی قابلیت رکھتی ہوں (ملاحظہ ہو صفحہ 122)۔ دیواروں کی لچک زیادہ تر کہف کے اندر کی ہوا کے دباؤ پر منحصر ہے۔ اگر دباؤ بہت بلند ہو جیسے کہ مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax) میں، تو سُر مہم ہوتا ہے۔ نیز وہ اُس وقت بھی اصم ہو سکتا ہے جب کہ داخلی دباؤ کرہ ہوائی کے

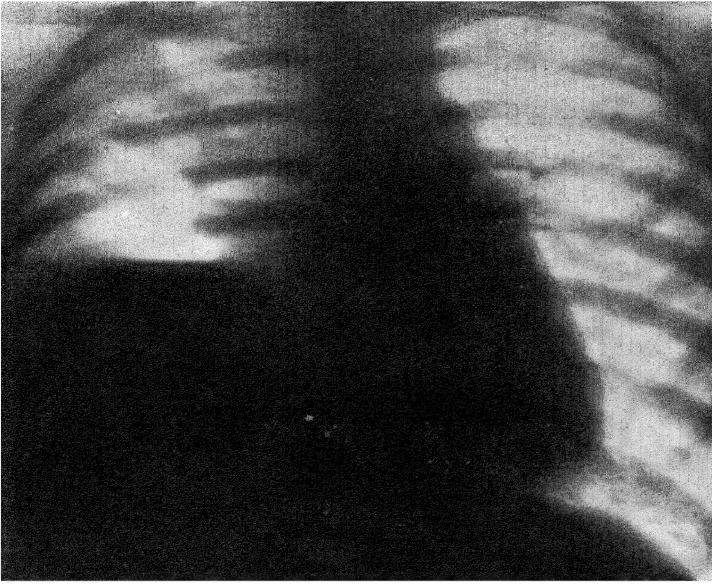
دباؤ کے برابر ہو، جیسا کہ تفتیح الصدر کے لئے جزوی استیصال ضلعی کرنے کے بعد ہوتا ہے۔ سازگار فرائی حالات میں خواہ یہ فشار کرہ ہوا کے نسبت زیادہ یا کم ہو، قوع کرنے پر ایک تبدیلی سر حاصل ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ حروف غمازی (bruit d'airain) یا صوت جرسی (bell sound) بھی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 123، 127) اور نہایت سازگار حالات میں ایک دھاتی جھنکار (metallic tinkling) ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔ یہ امر کہ حروف غمازی (bruit d'airain) کا انحصار کہنہ کی دیواروں کی لچک پر ہوتا ہے، اور خود لچک مشمولہ ہوا کے دباؤ پر منحصر ہوتی ہے، طالب علم حسب ذیل طریقہ سے معلوم کر سکتا ہے:- وہ اپنا منہ بند کر کے اپنے گال پھلاتا ہے، اور گال پر ایک سکہ رکھ کر اسے دوسرے سکہ سے ٹھوکتا ہے۔ اگر منہ کے اندر کی محوس ہوا پر گالوں سے صحیح طور پر دباؤ ڈالا جائے تو ایک موسیقی آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک دوسری تمیز آواز پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ یہاں سینہ کے بالائی حصہ سے سینہ کے حصہ زیریں کے مابین کے اندر ٹپکتا ہے۔ یہ آواز تقریباً موسیقی صفت کے ساتھ گونج اٹھتی ہے۔ تنفسی خریر (respiratory murmur) اکثر بالکل غیر مسموع رہتا ہے، یا خفیف قدری تنفس (amphoric breathing) موجود ہوتا ہے۔ قدری تنفس شش کے بہبوط کے باعث ہو سکتا ہے یا اس روزن کے باعث جو ایک شعبہ سے کھل کر استرواح الصدر کے اندر جاتا ہے۔ لیکن ایک خفیف تر آواز کا وقوع اس وقت بھی ممکن ہے جب کہ انضمامات نے شش کو کہنفہ پلیوریائی کی طرف سے مسدود کر دیا ہو صوتی گنگ (vocal resonance) اور لمسی ارتعاش (tactile vibration) عموماً بہت کم ہو جاتے ہیں، لیکن شعبہ صوتی (bronchophony) یا صدر کلامی (pectoriloquy) اس وقت موجود ہو سکتی ہے جب کہ قدری تنفس موجود ہو۔ اگر ساتھ ہی مابین انضمام بھی موجود ہو تو وہ تمام حالات میں سینہ کے افضل ترین حصے میں بذریعہ تجاذب جمع ہو جاتا ہے۔ اگر مریض لیٹا ہوا ہو تو سینہ کا پچھلا حصہ اصم (dull)، اور اگلا حصہ تبدیلی (tympanitic) ہو جاتا ہے۔ اب اگر مریض اٹھ کر بیٹھ جائے تو سینہ کا افضل حصہ آگے اور پیچھے اصم ہو جاتا ہے،

اور بالائی حصہ آگے اور پیچھے، گنگ دار ہوتا ہے۔ اگر ہڑکا بقوط (Hippocratic succussion) کا استعمال کیا جائے تو جھپکنے کی آواز (splashing sound) حاصل ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔

استرواح الصدر کے علامات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور ان کا انحصار سابق مرض کی مقدار پر ہوتا ہے۔ اگر استرواح الصدر ایک ایسے شش پر طاری ہو جائے جو وسیع طور پر مرضی ہے تو ممکن ہے کہ وہ اس تکلیف میں جو کہ پہلے ہی موجود ہے نہایت خفیف سا اضافہ کرے۔ اگر وہ ایسے شش میں واقع ہو جو بیشتر یا تمام تر تندرست ہو تو علامات بہت نمایاں ہوں گے اور بالآخر اگر رسل ریوی کی ایک ایسی اصابت میں جس میں ایک جانب پر وسیع مرض موجود ہے، دوسری جانب پر استرواح الصدر واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ نتیجہ بہ سرعت ہلک ہو جائے۔ علامات شدید اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں :- ناگہانی درد اور اس کے ساتھ یہ احساس کہ گویا اندر کے طرف کوئی چیز ٹوٹ گئی ہے، پھر دقت تنفس، کم و بیش ہبوط نبض، صغیر، کبودی اور پسینہ کا آنا۔ سانس تیز ہو جاتی ہے۔ ناف جانب پر سینہ بھولا ہوا ہوتا ہے اور بین الاضلاع فضائیں شہیق پر لپٹ ہو جاتی ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ تکالیف بڑھتی رہیں حتیٰ کہ چند گھنٹوں یا دو تین دنوں میں موت واقع ہو جائے، یا ابتدائی شدید علامات میں تخفیف ہو کر اس کے بعد نسبتاً آرام معلوم ہو، لیکن عموماً ساتھ تیز سانس اور انتصابی تنفس (orthopnea) موجود رہتا ہے۔

رہتا ہے تشخیص۔ گنگ دار آواز اور اس کے ساتھ قلت اصوات تنفس یا اور کا شہیق تنفس تشخیص کے طرف اشارہ کرتے ہیں، لیکن لاشعاعوں کے بغیر غلطیال عام طور پر ہوتی ہیں۔ لاشعاع میں شفافیت (جو کہ پھیلائی کے اندر ہوا موجود ہونے کی وجہ سے ہوتی ہے) چمکا ہوا شش، اسی جانب کو نیچے ہٹا ہوا ڈائفرام، اور جگہ سے ہٹا ہوا قلب ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۴)۔ استرواح الصدر میں سیال کی موجودگی اس وقت نہایت تمیز لاشعاعی منظر پیدا کرتی ہے جب کہ مریض کا استمان انتصابی وضع میں کیا جائے، کیونکہ سیال غیر شفاف ہوتا ہے



الف۔ آبی استرواح الصدک جس میں سیال کالیول دکھایا گیا ہے۔



ب۔ ڈانفرامی فٹق اور پورے معدہ کا اوپر کھینچ آنا۔ (یہ شعاع نگاشتیں
مسٹر لنڈ سے لاک نئے لی میں)

اور اس کی بالائی سطح ایک افقی خط ہوتی ہے، لیکن اس کے اوپر ہوا کی وجہ سے ثقلیت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۹ الف) مزید برآں جسم کو جھکانے پر بھی سہیل کی سطح بدستور اُفتی رہتی ہے۔ ڈائفرامی فتق (diaphragmatic hernia) یعنی ڈائفرام کے وزن کی راہ سے معدہ یا قولون کا صدر کے اندر نکل جانا اپنے طبعی امارات میں استرواح الصدر سے قریبی مشابہت رکھتا ہے، اور مثل طریقہ سے یعنی سینہ کی کوفتگی (contusion) کے باعث پیدا ہو سکتا ہے۔ بائیں شش کے انقباض کی وجہ سے سینہ میں معدہ کی غیر معمولی طور پر بلند وضع قیام ہونا، اور ڈائفرام کے نیچے آیا خراج ہونا جس میں ہوا ہو (زیوڈایا فومی استرواح الصدر = subphrenic pneumothorax) (صفحہ ۳۲ الف صفحہ ۴۰۷)۔ یہ بھی استرواح الصدر سے مشابہت رکھتے ہیں۔

انذار۔ سہیل ریوی میں استرواح الصدر کا خود بخود وقوع فی الجملہ ایک اچھا واقعہ ہے، اور اس کے بعد مریضوں کی حالت میں اصلاح نظر آتی ہے (ملاحظہ ہو مصنوعی استرواح الصدر = artificial pneumothorax)۔ دوسری صورتوں میں انذار مناسب معالجہ کے ساتھ فی الجملہ اچھا ہوتا ہے، اگرچہ اس کا انحصار ان حالات پر ہوتا ہے جو کہ ساتھ بائے جاتے ہیں۔

علاج۔ یہ بیشتر تخفیفی (palliative) ہوتا ہے۔ فتن کے ساتھ جو شدید درد اور تکلیف ہوتی ہے اس کے ازالہ کے لئے انفیون کا استعمال یا مارفیا (پتا پتا گرین) کا تحت الجلدی اشراب کرنا چاہئے، اور گرم پولٹیس اور تکمید است۔ (fomentations) کا بابا استعمال کرنا چاہئے۔ ہتجات جیسے کہ شراب انگوری (wine) 'براڈی' یا اتھیر کی ضرورت بھی لاحق ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ انتہائی انتفاخ کی حالتوں میں بزل (paracentesis) عمل میں لانا پسندیدہ ہو، جس کے لئے ملکی رقبہ پر پسیوں کے درمیان ایک مینزل (trocar) اور قنولچہ (cannula) داخل کر کے ہوا کو باہر نکلنے دیا جاتا ہے یہاں تک کہ دباؤ کرڈ ہوائی کے دباؤ کے برابر پہنچ جاتا ہے۔ اس سے جو آرام حاصل ہوتا ہے وہ عموماً محض عارضی ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ بزل کمر کرنا پڑے۔ اس کے متبادل طریقہ یہ ہے کہ ایک مصرعی استرواح الصدر میں

سپرنگل (Sprengel) کا تقطیری میپ (filter pump) استعمال کر کے ایک متعل منفی دباؤ قائم رکھا جاسکتا ہے (63)۔ اگر کشش کے ساتھ ارتباط کا یہ راستہ مدود ہو جائے تو ہوا غالباً جذب ہو جائے گی۔ لیکن اس کے جذب میں سہولت پیدا کرنے کی غرض سے اسکی جگہ آکسیجن داخل کی جاسکتی ہے۔ ایک سادہ تر طریقہ یہ ہے کہ ایک نیمہ (tent) میں آکسیجن کی مقدار فی صدی بلند رکھی جائے، ایسا کرنے سے نائٹروجن منتشر ہو کر نکل جاتی ہے (diffuses out) اور استرواح الصدر سرعت کے ساتھ خائب ہو جاتا ہے۔ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) میں مصل کو ویسے ہی چھوڑ دیا جاسکتا ہے، یا اگر وہ زیادہ مقداروں میں موجود ہو تو اسے بذریعہ بزل خارج کیا جاسکتا ہے۔ لیکن پھر اس صورت میں بھی اس کے بجائے آکسیجن داخل کر دینی چاہئے۔ اگر ریوی استرواح الصدر (pyopneumothorax) نبئی علامات (یعنی تپش، تیز نبض وغیرہ) پیدا کر رہا ہو تو اس کا علاج ایک تھقب الصدر کے علاج کی طرح جزوی انفصال (rib resection) سے اور سیلیت کے قیام (drainage) سے کرنا چاہئے۔ لیکن جب یہ صورت نہ ہو تو اس سستال کے ساتھ وہی سلوک کرنا چاہئے جو مصل کے لئے کیا جاتا ہے۔

ڈاکٹری فتق

(DIAPHRAGMATIC HERNIA)

اس نادر الوقوع حالت کا تذکرہ یہاں اس لئے کیا جاتا ہے کہ بروز کرہ خفا شمولات صدر میں لازماً ترمیم پیدا کر دیتا ہے، اور ایسے طبیعی امارات پیدا ہو جاتے ہیں جو استرواح الصدر کے امارات سے قریب مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ڈاکٹری فتق یہ ہے کہ شمولات شکم میں سے ایک یا زائد عموماً معدے کا، یا ثوب (omentum) کا، یا قولون کا ایک حصہ ڈاکٹری فتق کے ایک روزن کی راہ سے وپر کو صدر میں چلا جاتا ہے۔ یہ روزن بیشتر تو مضر کا نتیجہ ہوتا ہے، جیسے کہ سینہ کا یکایک زور کے ساتھ مضبوط ہو جانا، یا یہ ایک پیدائشی نقص ہوتا ہے، یا یہ ایک

قدرتی سوراخ کے بڑا ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ ضرر بائیں جانب پر نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے اور معدہ عام طور پر وہ حشا رہے جو صدر کے اندر چلا جاتا ہے۔ اور اس عمل کے اشائیں اوپر کو کھینچ جاتا ہے (صفحہ ۹ ب)۔

علامات - جب ڈاکٹر انصاری تضرر سے متقوق ہو جاتا ہے تو ابتدائی علامات جیسے کہ درد، بھر اور ہبوط (collapse) کچھ تو راست اثرات کے باعث ہوتے ہیں اور کچھ مشمولات صدر کے دفعتہ درہم برہم ہونے اور اسی جانب کاشش پکک جانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ذات الجنب اور التهاب باریطون بھی نمودار ہو سکتے ہیں، مودان علامات کے جو ان کے ساتھ متلازم ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں چوٹ کا اولی اثر رفع ہو جاتا ہے اور علامات کچھ تو ریوی ہوتے ہیں اور کچھ معدی یا معدی محوی۔ ریوی علامت بالخصوص سانس کا پھول جانا ہے لیکن یہ حیرت انگیز ہے کہ بعض اصابتوں میں سینہ کے طرف بہت کم اختلال محوس ہوتا ہے۔ شکم کے طرف عموماً سوہضم، درد، ریکٹ اور شاید تھن مشاہدہ میں آتی ہے۔ یہ علامات دورے کے ساتھ واقع ہو سکتے ہیں اور ان کی وجہ یہ ہے کہ اس غیر طبعی مقام پر احشا کا اتفناخ یا ستغی ہو جاتا ہے۔ ایک تازہ اصابت میں جب لمعدہ کسی وجہ سے ڈاکٹر انصاری کے آریار اوپر کے طرف کھس کر شش کو پککارا ہوا تھا دوری وقفوں پر شدید علامات دیکھے گئے۔

طبیعی امارات جو سینہ میں دیکھے جاتے ہیں یہ ہیں :- حصہ زیریں میں جہاں بروز کردہ حشا واقع ہے، بیش لک (hyper-resonance) اور ساتھ ہی سموات تنفس کا فقدان، تفرغ کی آوازیں (gurgling sounds) جو ہنرہ (succussion) کرنے پر یا خود بخود سنائی دیتی ہیں، فلزی آواز بازگشت (metallic echo) اور حرو نحاسی (bruit d' aram)۔ مگر حشائی انتشار زیادہ ہے تو قلب اپنی جگہ سے ہٹا ہوا ہو سکتا ہے۔

نہروڈ انصاری اسٹرواح الصدّ (subphrenic pneumothorax) بھی کیتدر مثل طبیعی امارات پیش کر سکتا ہے۔ وہ دائیں جانب پر زیادہ عام ہوتا ہے اور اس سے جگر نیچے کو شکم کے اندر دھکیل دیا جاتا ہے۔ اس کا امکان نہیں کہ

اُس سے پیدا ہونے والی بیش گمگ (hyper-resonance) سینہ میں اتنی بلبند واقع ہو جتنی کہ دوسری دو صورتوں میں سے کسی میں واقع ہوتی ہے، اور غالباً سرگزشتِ مرضِ تہمت تشخیص ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۲ الف جو صفحہ 407 کے مقابل ہے)۔

تشخیص - ڈائفرامی فتق کی تشخیص کسی یقین کے ساتھ صرف لاشعاعی امتحان سے کی جاسکتی ہے، جو ایک غیر شفاف کھانے (opaque meal) کے بعد کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ ۶ ب)۔

علاج - بعض مریضوں کو ابتدائی تکالیف رفع ہو جانے کے بعد کوئی تشویشناک بے آرامی نہیں محسوس ہوتی۔ جراحی علاج یہ ہے کہ سینہ کو کھول کر اور پسلیوں کے اجزاکا امتیصال کر کے حشاء کو شکم کے اندر واپس کر دیں اور ڈائفرام کو سہی دیں۔

التهاب واسط

(MEDIASTINITIS)

التهاب واسط قیقی ہو سکتا ہے یا غیر قیقی۔ اول الذکر یعنی واسطی خراج (mediastinal abscess) متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، جن میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع یہ ہیں :- گولی کے تغیرات، و خنز (stab) یا ضرب (blow) اور غدد لمفاویہ کا تدرن۔ لیکن کبھی کبھی واسطی خراج ذات الریہ ذات الجنب، سرخاود یا تب محرقہ کے بعد واقع ہو جاتا ہے۔ یہ خراج اگلے یا پچھلے واسط میں ہو سکتا ہے، لیکن زیادہ تر اول الذکر میں ہوتا ہے۔ خاص علامات قیقی رُ (sternal pain) اور تپ ہیں۔ طبیعی امارات صرف اُسی وقت ظاہر ہوں گے جب کہ خراج کافی جامت کو پہنچ جائے۔ ایسی حالت میں اصمیت (dulness)، مقامی ایلمیت، عظیم قفس پر اُڈیما، اور بالآخر اُس ہڈی کے کنارے پر تموج (fluctuation) موجود ہو سکتا ہے۔ حتی الامکان پیپ کو جلد خارج کر دینا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو

عظم القص کو تر فان سے کاٹ دینا (trephining) یا اس کا جزوی استیصال (resection) کر دینا چاہئے۔

ضریریت (traumatism) اور عمومی امراض ساریہ سے انفستحامی (adhesive) یا غیر تقیتی التهاب واسط پیدا ہو سکتا ہے، لیکن اس کے عام ترین متلازمات (associations) ذات الحنجہ اور رشتی التهاب تادمو (rheumatic pericarditis) ہیں، بالخصوص آخر الذکر جو ایسی صورت میں لیفی التهاب اسط (mediastinitis fibrosa) پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کا ذکر انفضاتی تادمو (adherent pericardium) کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 M Brown and C G. Imrie 1932 *Quart. Journ Med.*, N. S. , 1, p. 319
- 2 Ff Roberts 1922 *Journ Physiol* , 56, p 101
- 3 Sir W. Hale-White 1924 *Lancet*, 1., p. 263.
- 7 Campbell, Hunt and Poulton 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26, p. 234.
- 8 P. H.-S Hartley & I. J. Davies 1923 *Brit. Med. Journ.*, 1, p. 1052
- 9 J. F Gaskell 1927 *Lancet*, 11, p 951
- 10 C. McNeil & A R. MacGregor 1927 *Brit. Med Journ.*, 11, p 582.
- 11 C. Wall & J. C. Hoyle 1933 *Brit. Med. Journ.* 1., p 597

- 12 W Burton Wood 1930 *Lancet*, 1, p. 1339.
- 13 S. Van Leeuwen 1922 *Neurotherapie*, No. 6
- 14 H. W Barber &
G H. Oriel 1928 *Lancet*, 11., pp 1009, 1064
- 15 S. Van Leeuwen 1924 *Klin. Woch*, 3, p. 520
- 16 A Francis 1917 *Parctitioner*, August
- 17 S. Van Leeuwen 1923 *Klin Woch.*, 2, No. 27
- 18 J. Freeman 1920 *Lancet*, 11, p. 229.
- 19 S Van Leeuwen &
Varekamp 1921 *Lancet*, 11., p 1366
- 20 A. G. Auld 1921 *Lancet*, 1, p. 698.
- 21 S. Gilbert Scott 1926 *Brit. Med. Journ*, 1, p 939
- 22 S Van Leeuwen 1927 *Brit Med Journ*, 11, p
344
- 23 McCrae (Lumleian
Lectures on Foreign
Bodies in the
Bronchi) 1924 *Lancet*, 1, pp 735, 787, 838.
- 24 Review on Respira-
tory Diseases 1920 *Med. Sci*, 1, p 462
- 25 A Abrahams 1920 *Lancet*, 11, p 543
- 26 Zadek 1921 *Med Sci.*, 5, p 103
- 27 Review on Pneu-
monia 1921 *Med Sci*, 5, p 110
- 28 W Smith 1924 *Lancet*, 1., p. 257.
- 29 S. L. Cummins 1924 *Brit. Med Journ*, 1, p 186
- 30 B. Alcock, M. Doug-
las, & H. C. Lucey 1925 *Lancet*, 1., p. 1332
- 31 Sir C Allbut &
Varrier-Jones 1922 *Lancet*, 1., p. 105

- 32 B. Hudson and Leonard Hill 1924 *Lancet*, i., p. 1147.
- 33 Weill & Dufont 1922 *Journ. de radiol. et d'electrol.* 6, p. 1.
- 34 W. C. Bosanquet 1928 *Lancet*, i., p. 24.
- 35 R C Wingfield 1924 *Lancel* ii, p 354
- 36 Gravesen 1923 *Brit Med Journ.*, ii., p. 506.
- 37 H Morrision Davies 1926 *Brit. Med. Journ.* i., p. 315
- 38 C Lillingston 1923 *Lancet*, i, p. 96
- 39 W. A Lister 1927 *Lancet*, i., p. 112.
- 40 H. C Cameron & A. A. Osman 1923 *Lancet*, i., p. 1097
- 41 F J Poynton & Reynolds 1921 *Lancet*, ii, p. 1100.
- 42 W. S Miller 1923 *Journ. Exp. Med.*, 38, p. 707.
- 43 W. S Miller 1913 *Journ Morphol.*, 24, p. 459.
- 44 S C Simpson 1929 *Quart. Journ. Med.*, 22, p. 413.
- 45 G. H. Oriel 1929 *Guy's Hosp. Reps.*, 79, p. 376.
- 46 G. H. Oriel 1929 *Personal Communication.*
- 47 R. S. Bruce Pearson 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 86.
- 48 F. A. Knott & J. W. Thornton 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 63.

- 49 Argyll Campbell & E P. Poulton 1935 "Oxygen and Carbon Dioxide Therapy." *Oxford Med Pub* 1935
- 50 W E Gye & E H Kettle 1922 *Lancet*, 11., p. 855.
- 51 S L Cummins & A F Sladden 1934 *Brit. Med Journ.* 1, p. 554.
- 52 L G Irvine 1932 *Brit Med. Journ.*, 1., p. 693.
- 53 P d'Arey Hart 1932 *Med Res. Counc Spec Rep. Ser* 164.
- 54 P d'Arey Hart 1932 *Quart Journ. Med*, N.S, 1., p. 49.
- 55 A Loewy 1934 *Arch Med. Hydrol*, p 261
- 56 G Maurer 1930 *Lancet*, 11., p. 72
- 57 F G Chandler 1930 *Lancet*, 11, p. 74.
- 58 A J S Pinchin & H V Morlock 1933 *Lancet*, 1, p 1114.
- 59 H C Cameron 1932 *Guy's Hosp. Reps* 82, p 290
- 60 A Tudor Edwards 1932 *Brit Med Journ*, 1., p 827
- 61 W Brockbank 1932 *Quart Journ Med*, N S, 1, p. 31
- 62 Ff Roberts 1933 *Brit. Med Journ*, 1, p 142
- 63 E. R Boland 1934 *Lancet*, 1, p. 231.
- 64 Chevalier Jackson 1930 *Proc Roy. Soc Med*, 24, p. 1.
- 65 R. V. Christie 1936 *Oral Communication*

ناک گلے اور کان کے امراض

(طبی نقطہ نظر سے)

ناک

زکام

(coryza)

یہ مرض، جو عام طور پر ”زکام“ (”cold in the head“) کے نام سے مشہور ہے، ناک کی مخاطی تھلی کا نازلتی التهاب (catarrhal inflammation) ہے (حاد التهاب لائف) جو اکثر بلعوم (pharynx) کو (نازلتی خراش حلق = catarrhal sore throat) نیز طمحات چشم (conjunctivæ) جیہی اور دیگر اجواف، اور یوسیکلی انوبات (Eustachian tubes) کو ماؤف کر دیتا ہے، اور ممکن ہے کہ خجروہ (larynx) ’تصبتہ الریہ (trachea) اور شعبات (bronchi) میں پھیل جائے۔ اولی طور پر یہ ایک سرایت ہے جو کہ اس ریقی رشاش (spray of saliva) کا استنشاق کرنے سے پھیلتی ہے جو کہ ایک سرایت زدہ شخص کے کھانسنے، پھینکنے، یا بولنے کی اشٹائیں باہر نکلتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک سابقہ حملہ سے حاصل شدہ اُمنیت (immunity) کے زمانہ کے اختتام کے بعد مریض خود کو مکرر سرایت پہنچا دیں۔ معمولی زکام (common cold) کا سبب ایک دقیق ”مقطار گداز بقیہ“ (filter. passing) coecoid جسم ہے جس کا قطر ۲ تا ۳ میکرون (micron) ہوتا ہے اور جو منفرد یا جوڑوں اور گروہوں میں مرتب ہوتا ہے اور التهاب رما دالتهام (poliomyelitis) کے قُشب (virus) سے مشابہ ہوتا ہے (۱)۔ اگر طبی ناک اور گلے کا برنومیاتی امتحان کیا جائے

بظاہر زندہ جراثیم کے منقطع پائے جاتے ہیں۔ بقدرما عصبہ (abscissus Staphylococcus) (Staphylococcus) (Bacillus septus) جو کہ ایک ڈیفٹیریا (diphtheroid) ہے، ناک کی پشت میں نشوونما پاتا ہے۔ خورد بقدرما نازلی (Micrococcus catarrhalis) (Streptococcus) (viridans) لوزین میں غالب نظر آتا ہے۔ جب زکام شروع ہوتا ہے تو بقدرما مسجد الخضر عام طور پر سب سے پہلا عضو یہ ہوتا ہے جو کہ شد و مد کے ساتھ نشوونما پاتا ہے، بالخصوص اسکی زیادہ خون پاش نسلیں، اور زیادہ طبعی باشندوں کی بہ نسبت یہ زیادہ نشوونما پانے کا رجحان رکھتا ہے۔ کچھ دیر بعد کی کاشت ایک یا زیادہ ثانوی حملہ آوروں کی فعالیت ظاہر کرتی ہے، مثلاً عصبہ فریڈلینڈر (Freidlander's bacillus) بقدرما ریویہ قسم چہارم، اور بقدرما عنبیہ (Staphylococcus aureus) کی، اور ان میں سے کوئی بھی جو نوں میں مقامی طور پر پایا جاسکتا ہے بشرطیکہ ان میں مقامی تفتیح موجود ہو۔ اسی طرح وبا کے لحاظ سے ایک قسم کا عضو یہ غالب نظر آتا ہے، اور بعض وباؤں میں فیفر کے عصبہ (Pfeiffer's Bacillus) انفلوئنزا (influenzae) کے سوا باقی سب عصبے غائب ہوتے ہیں۔ سب سے بڑا معد سبب انفی غشاء مخاطی کا ورم اور امتلاء ہے۔ عموماً یہ ایک ترکہ ہوئی سے جس کے ساتھ ہی تغیر پذیر لیکن فی الجملہ سرد درجہ پیش ہوا پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی آخر الذکر واقعہ کی وجہ سے ”سردی لگ جانے“ (catching cold) کا محاورہ پیدا ہو گیا ہے۔ وباؤں بھی ایسے ہی حالات کے تحت واقع ہوتی ہیں۔ علاوہ ازیں ممکن ہے کہ دروں خانہ حالات اس کا سبب ہو جائیں۔ لوگ اکثر ایسے گرم اور مہس دار (stuffy) کمروں میں بیٹھتے ہیں جہاں کی ہوا رکی ہوئی ہوتی ہے، لیکن ہوا کے جھوکوں (draughts) سے جن کا فرش ٹھنڈا ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سر گرم اور پاؤں ٹھنڈے ہو جاتے ہیں۔ فعلیاتی نقطہ نظر سے سر کو اور انفی غشاء مخاطی کو ٹھنڈا اور متحرک ہوا میں ہونا چاہئے اور پاؤں کو گرم ہونا چاہئے (L. Hill)۔

علامات - ممکن ہے کہ سب سے پہلے علامات میں سے ایک یہ علامت ہو کہ پھینکوں کا حملہ ہو یا حلق میں کچے پن یا خراش کا احساس اور نکلنے میں درد ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ ای سے پہلے ناسازی کا احساس ہو اور ساتھ ہی سردی معلوم ہو اور درد سر اور عدم اشتہا موجود ہو پھینکوں کے بعد جلد ہی ناک سے ایک صاف مخاط کا اخراج ہونے لگتا ہے اور

غشائے مخاطی کے ورم کی موجودگی سے اور حسِ شامہ کے زائل ہو جانے کی وجہ سے ناک میں بند ہونے کا (stuffiness) احساس ہوتا ہے۔ نرم نالو، لہاۃ (uvula)، بلعوم اور لوزتین بہ نسبت اسکے کہ جتنے قدرتی حالت میں ہوتے ہیں زیادہ سرخ ہو جاتے ہیں۔ زیادہ شدید اصابتوں (تقریحی حراش حلق = ulcerated sore throat) میں لوزتین، نالو اور بلعوم پر سطحی خراشیدگیاں (abrasions) ہو جاتی ہیں، زبان فرور (furred) ہوتی ہے، اور نمیاں بینی، انتشار (constitutional disturbance) ہوتا ہے۔ ساتھ ہی آنکھیں سرخ اور مبتل (suffused) ہوتی ہیں اور ان سے پانی آزادانہ طور پر بہتا ہے، جہی جوف (frontal sinus) کی ماؤئیت کے باعث ابرو پر درد ہوتا ہے، اور یونٹیکلی انوبہ کے بند ہو جانے سے بہرائین ہو سکتا ہے۔ اسکے ساتھ ہی کسی قدر حموی تغل (febrile reaction) بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر یہ نازلت (catarrh) حنجرہ تک پہنچ جائے، تو آواز بیٹھ جاتی ہے اور متواتر خراش اور کھانسی (irritating cough) ہوتی ہے۔ اگر نازلت اور آگے پھیلتی ہو تو ناک تک پہنچ جائے تو ایسے علامات پیدا ہو جائیں گے جو کہ دوسری جبکہ شمی التهاب (bronchitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ اکثر دو ایک روز کے بعد اس حلاوہ میں تخفیف ہو جاتی ہے اور کلی صحت ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ نزلہ کا بہنا جاری رہے، اور وہ منحلہ کے ساتھ پیپ کی موجودگی کے باعث گاڑھا اور زیادہ غیر شفاف ہو جائے۔ اس طرح وہ دو تین دن سے یکرو دو یا تین ہفتوں کے تغیر پذیر عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ اس عرصہ کے دوران میں اس امر کا امکان ہے کہ مریض پر التهاب کے تازہ اشتدادات (exacerbations) طاری ہو جائیں۔

زکام (coryza) کی مثالی تصویر ایسی ہوتی ہے۔ لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرایت حاد التهاب حنجرہ (acute laryngitis) یا شمی التهاب (bronchitis) کی طرح شروع ہو کر بالآخر اوپر کے طرف پھیل کر حلق اور ناک میں پہنچ جائے۔ سرریاتی نقشہ مختلف اشخاص میں مختلف ہوتا ہے۔ لیکن فرد واحد میں سرایت کا مفر خاصہ یکساں ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ مثلاً اگر ایک شخص میں زکام ہمیشہ التهاب کبوم (pharyngitis) کی شکل میں شروع ہوتا ہے، تو دوسرے کسی شخص میں بطور التهاب حنجرہ (laryngitis) کے ہوتا ہے اور تیسرے میں شمی التهاب (bronchitis) کی طرح، اور علیٰ ہذا القیاس۔ اس طرح لوگوں میں

ایسی مکرر سرایتوں میں مبتلا ہونے کا جو کہ بیشتر تنفسی خطہ کے ایک مخصوص حصے کو مآووف کرتی ہیں انتہائی رجمان ہوتا ہے۔ ان لوگوں میں کہ جن کے لوزنیں نکال دئے گئے ہوں، زکام ایک التهاب بلغم یا التهاب حنجرہ کے طور پر شروع ہونے کا زیادہ رجمان رکھتا ہے۔ کچھ عرصے کے بعد ممکن ہے کہ صحت یابی میں زیادہ اور زیادہ تاخیر ہو کر ایک مزمن سرایت پیدا ہو جائے، جو لحاظ اس امر کے کہ پہلے کون سا حصہ مآووف ہوا ہے، مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh)، مزمن نازلتی التهاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis)، مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis) وغیرہ کی صورت اختیار کر سکتی ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مادہ التهاب الانف بعض ساری امراض مثلاً انفلونزا، کھسرا، ڈفٹیریا، خفقی آئشک (congenital syphilis)، سراجہ (glanders)، وغیرہ میں ایک نوعی ضرر (specific lesion) کی حیثیت سے واقع ہوتا ہے۔

تخیر نہ (prevention) اہم تدابیر یہ ہیں کہ طرز زندگی صحیح ہو، جس کے ساتھ وافر بیرونی خانہ ورزش کی جائے، اور قوی اشخاص روزانہ سر و غسل کریں نیز جس والے (stuffy) کمروں سے، اور خاص کر سرایت زدہ اشخاص سے احتراز رکھا جائے۔ ذاتی تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh) کے لئے ڈیپلوکلیک (W. Glegg) کا تجویز کردہ علاج بہترین منفعت رکھتا ہے۔ اس وقت جبکہ مریض جیت

لیٹا ہوا ہو ایک یا دو ٹی اسپون فل (teaspoonful) پیرافینم مولی (paraffinum molle) اور پیرافینم لکوئڈم (paraffinum liquidum) کا آمیزہ (ایک حصہ میں ۲ یا ۳ حصے) ایک نالیچہ کے ذریعہ کہ جس کے ساتھ ربر کا گیند لگا ہوا ہو، باری باری سے مریض کے ہر تھنہ میں ڈالا جاتا ہے۔ جب یہ آمیزہ طلق میں محسوس ہو تو نگلا جاسکتا ہے یا اگر یہ آنٹوں میں ٹپکن اثر پیدا کرتا ہو تو اسے لفٹ کے ذریعہ حقو کا جاسکتا ہے۔ یہ علاج دن میں ایک یا دو بار عمل میں لانا چاہئے یا اگر زکام کا غمیشہ ہو رہا ہو تو زیادہ بار۔ یہ آمیزہ ایک پکینی (collapsable) نفی میں بھی حاصل کیا جاسکتا ہے اور اس میں ۱۰ گرین فٹھال (menthol) ملا یا جاسکتا ہے یا اس کو روزیال (rossetol) کے ذریعہ خوشبودار بنایا جاسکتا ہے۔

بہت سی اصابتوں میں انفی یا شعبی نازلت اُن جڈرنیات (vaccines) کے ذریعہ، جنہیں داکٹروں میں وباؤں میں موجود رہنے والے حصیوں (bacilli) اور بکٹیوں (cocci) سے

تیار کئے ہوئے ہوں روکی جاسکتی ہے۔ خودزاد و جدرینات (autogenous vaccines) جو خود مریض کے بساق (sputum) میں کے عضویات کی کاشتوں سے، یا اسکی ناک اور حلق کی لیشٹ سے لی ہوئی عقیم پھیریوں (sterile swabs) کے ذریعہ سے تیار کئے ہوئے ہیں، اشراب کئے جا سکتے ہیں یا محو فی جدرینات (stock vaccines) میں ملا جاسکتے ہیں۔ جدرینات تیار کرنے میں یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ مادہ حاصل کرنے کے بعد اسکی کاشت اور حضانت فی الذر عمل میں لانی چاہئے۔ بادی النظر میں یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ جب سرایت ایک منقار گزار عضویہ کے باعث ہوتی ہے، تو جراثیم سے تیار کئے ہوئے جدرینات کیوں مفید ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کبھی عضویہ کے فصل کرنے کا یہی طریقہ ہو کہ ثانوی حملہ آور اس کے ساتھ ہم باش (symbiotic) ہو جائیں جیسا کہ خنزیری انفلوئنزا (hog influenza) میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں ثانوی حملہ آور کا ضد عمل کرنا کافی ہے۔

علاج۔ ذاتی تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ ٹلیک کا علاج انفیٹام (nasal coryza) کو دبا سکتا ہے اور آخری درجوں میں ٹیکہ افزا مخاطی بھی ہو جاتا ہے اور مواد بار خارج ہوتا ہے، بسا اوقات اسکے ذریعہ بہت فائدہ ہو جاتا ہے لیکن اس سرایت پر جو کہ خنجرہ یا نصبہ تکمیل پکی ہو، اسکا کچھ اثر ہو گا مگر کئی نسی تکلیف دہ ہو تو نمید عرق الذہب (ipecacuanha wine) کے چند قطرے، اسپرٹس آف ٹائرس ایٹھر (spirits of nitrous ether) کے ساتھ، یا مرکب صبیغہ کانور (compound tincture of camphor) کے ساتھ دینے سے آرام معلوم ہوگا۔ یا ایک مناسب شامبلہ (inhaler) کے اندر اُبلتے ہوئے پانی میں بوکا پٹنس آئل (eucalyptus oil) کے پانچ یا چھ قطرے رکھ کر اس کی بھاپ کا استنشاق کیا جائے۔

مزمن التهاب الانف

(chronic rhinitis)

یہ دونوں میں دیکھا جاتا ہے۔ ایک میں جو مزمن پیش پرورشی التهاب الانف (chronic hypertrophic rhinitis) کے نام سے موسوم ہے، ناک کی اور زیرین منقول زائڈول (lower turbinated processes) کی غشاء مخاطی بہت دبیز ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ دبازت بلعوم میں پہنچ جائے اور تحتانی منقول اجسام کے

تھکے سروں کو ماؤف کر دے۔ یہ کم از کم بیشتر اصابتوں میں بجائے ایک التہابی ورم ہونے کے عرق حرکی (vasomotor) ورم ہوتا ہے۔ یہ جو فی مرض (sinus disease) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تنفس میں بہت رکاوٹ ہوتی ہے اور وہ بالخصوص دہن کے راستہ سے واقع ہوتا ہے۔ اور شامہ کی حس کم ہو جاتی ہے۔

مزمن ذبولی التهاب الانف (chronic atrophic rhinitis) جس میں مخاطی تھلی مذبول ہو جاتی ہے، اس بدبودار قبیح اخراج کے اسباب میں سے ایک سبب ہے جسے اوزینا (ozæna) کہتے ہیں۔ اس میں مخاطی تھلی پتلی ہو جاتی ہے، اور اس کی سطح پر پیڑیاں (crusts) جمع ہو جاتی ہیں۔ شامہ کی حس زائل ہو جاتی ہے۔

حساسیتی التهاب الانف (allergic rhinitis)۔ یہ وہ حالت ہے کہ جس میں ناک میں سے ایک پانی کا سا مواد خارج ہوتا ہے، جو کہ بعض اوقات بہت وافر ہوتا ہے اور جس کے ساتھ مریض کو دورے کے ساتھ جھینکیں آنے لگتی ہیں، بالخصوص بیدار ہونے پر۔ غشاء مخاطی شائب اور اسفنجی ہوتی ہے۔ کیلشیم لکٹیٹ (calcium lactate) گرین ہاؤس دن میں دو مرتبہ کھانے سے پہلے دینا بہت سی اصابتوں میں موثر علاج ہے۔

علاج۔ بیش پردہ ششی قسم (hypertrophic form) کے لئے دافع عفونت محلولات کے رشاشات (douches) یا نطولات (sprays) استعمال کرنے چاہئیں جن میں کاربولک ایسڈ، بورک ایسڈ، بوریکس (borax) شامل ہوں۔ اور اگر بہت دباؤست موجود ہو تو وہ گیلوانائی کوآٹ (galvano-cautery) کے استعمال سے کم کی جاسکتی ہے۔ حاد التهاب الانف کے تحت بیان کیا ہوا گلیگ (Glegg) کا علاج بھی مفید ہو سکتا ہے۔ مریض کے صحیح ماحول (hygienic surroundings) پر بھی توجہ کرنا ضروری ہے۔ ذبولی ضم (atrophic form) کا علاج بھی نہایت مماثل لیکن نسبتہ کم امید افزا ہوتا ہے۔ پیڑیوں کو نکال کر دافعات عفونت، ملا واسطہ یا نطول (douche) یا مرشہ (spray) کے ذریعہ سے، لگانے چاہئیں۔ مقویات (tonics)، جیسے لوہا، سکبیا، یا کاڈمیٹیل ملز ہوتے ہیں۔

التهاب الاجواف

(sinusitis)

ناک کے اندر نزد انفی اجواف (paranasal sinuses) کھلتے ہیں۔ نکی مخارات (maxillary antra) بھی اجواف اور مصفاتی خلیات کا اگلا گروہ، اگلے اجواف میں شامل ہیں۔ پچھلے مصفاتی خلیات اور وندری جوف، پچھلے گروہ میں شامل ہیں۔ یہ اجواف، حاد انفی سرائیوں مثلاً زکام سے متاثر ہو سکتے ہیں اور ان کے قحط، غشاء مخاطی کے متورم ہو جانے سے مکمل طور پر یا جزوی طور پر مسدود ہو سکتے ہیں۔ اس سے جو احتباس پیدا ہوتا ہے وہ درد کا موجب ہوتا ہے، جو کہ متاثرہ جوف کے لحاظ سے مختلف مقامات پر پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات درد کے ساتھ پیش کا معتد بہ ارتفاع ۱۰۳ ف تک ہو جاتا ہے۔

حاد التهاب الاجواف کا علاج مخصوص نصیاتی کتب میں پایا جاتا ہے، لیکن عام طور پر اسکی نوعیت یہ ہوتی ہے کہ غشاء مخاطی میں سکیٹر (shrinkage) پیدا کرنے کے لئے اس پر کوکین (cocaine) اور ایڈرینالین لگائی جاتی ہے۔

منہ من التهاب الاجواف۔ نزد انفی اجواف کی مزمن سرائیوں کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناک میں سے مواد خارج ہونے لگتا ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ مواد پیچھے کی طرف چلا جاتا اور ایک پس انفی (post-nasal) مواد خارج ہونے لگتا ہے۔

جوفوں میں ریم کی موجودگی اتنے مقامی علامات نہیں بلکہ سہی علامات پیدا کر دیتی ہے۔ پس انفی مواد کو ممکن ہے نکل لیا جائے اور اس طرح یہ مزہم کا سبب ہو۔ یا ممکن ہے یہ تنفسی خطہ کو سرایت زدہ کر دے اور اس طرح التهاب شعبی بلکہ تمدد الشعب کے متوالی حملے واقع ہوں۔ مزید برآں یہ مواد بلعوم کی لف آسا بابت کو سرایت زدہ کر دیتا اور اس طرح گلے کی خراش کا باعث ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں غلطی سے لوزین کو قصور وار سمجھ لیا جاتا ہے۔

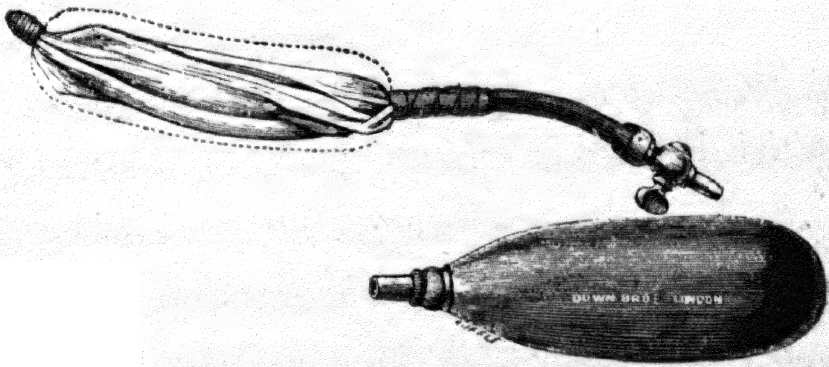
تشخیص ناک اور انفی بلعوم کا ریم یا مخاطی ریم کے لئے امتحان کر کے کی جاتی ہے۔ یا حجمہ کا لاشعاعی امتحان کر کے کی جاتی ہے جبکہ متاثرہ جوف میں عتمیت نظر آتی ہے۔

علاج۔ قلعوی انفی لٹولت کے ذریعہ علاج کرنے سے افادہ تو ہوتا ہے، لیکن زیادہ کثرت سے جوف کی میلیت کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کے تفصیلات کے لئے مخصوص نصابی کتب ملاحظہ کرنی چاہئیں۔

رُعاف (نکیر)

(epistaxis)

رعاف یا ناک سے خون بہنے کا انحصار مقامی یا عمومی حالات پر ہو سکتا ہے۔ اول الذکر میں سے یہ ہیں:۔ ناک پر چوٹ لگنا، ناک کو نوچتے رہنا، ناک شکننا۔ زیادہ کثرت سے ادماخ خود بخود شروع ہو جاتا ہے۔ تقریباً ہمیشہ یہ انفی فاصل کے اگلے حصہ سے یا ناک کے فرش سے آتے ہوئے پایا جاتا ہے۔ دیگر مقامی اسباب یہ ہیں، ناک میں دفتھیہ یا خیمیت بالیدیا (telangiectasis)۔ درمیانی عمر میں وہ نسبتاً کم عام ہوتا ہے، لیکن



شکل۔ اکوپر روز کی تسلی۔

پھر زیادہ عموماً الے اشخاص میں جن کے عروق میں انحطاط شروع ہو گیا ہو، کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ چنانچہ وہ ایٹھیروما (atheroma) سے تعلق رکھتا ہے۔ نیز خون کے دباؤ کی زیادتی (high blood pressure) برائٹ (Bright) کے مرض بکر کی کہبت (cirrhosis) قلبی معیاعی مرض (cardiac valvular disease) امراض خون [جیسے کہ مختلف قسموں کی عدم دیتھس

اور سفید دھوئیں (پریپور (purpura) اسکروی (scurvy) اور بعض ساری امراض (جیسے کہ تپ محرقہ اور جمیات ناکہ) اور کبھی کبھی انفلوئنزا کے تعلق میں وہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔
مکن ہے خون پیچھے کو چلا جائے اور پچھلے منخروں (posterior nares) سے بہنے لگے، ایسی صورت میں وہ حلقوم (fauces) کی راہ سے ٹپک ٹپک کر معده کے اندر پہنچ سکتا اور بالآخر قے ہو کر یا براہ مستقیم (per rectum) خارج ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ کھانسی پیدا کر کے نفث الدم (haemoptysis) کا شبہ پیدا کر دے۔ بلند فشار دہوی (high blood pressure) کے مریضوں میں بعض اوقات معتدل رعاف ہونے سے وہ درد سر رفع ہو جاتا ہے جو پہلے سے موجود ہوتا ہے۔

ناک کے معائنہ سے دمى نقطہ دریافت ہو جاتا ہے، اور ایڈرنیپالین گاز (adrenaline gauze) کے ذریعہ اصمام کر کے مقامی اساق کیا جاسکتا ہے یا کئی (cauterise) کیا جاسکتا ہے۔ اگر اس میں کامیابی نہ ہو تو کوپر روز (Cowper Rose) کی قبیلی استعمال کی جاسکتی ہے۔ موخر منخروں کا اصمام کرنے کی بہت کم ضرورت پڑتی ہے۔

حلق

التهاب اللوزہ

(tonsillitis)

لوزین لف آسبا نافت کے تودے ہیں جو ہر جانب پر حلقوم کے اگلے اوپر کچھ ستونوں کے درمیان واقع ہیں، اور انھیں لف آسبا نافت کے دوسرے تودوں سے تمیز کرنے کے لئے حلقومی لوزین (faucial tonsils) کہتے ہیں۔ ان دوسرے تودوں میں سے بعض قاعدہ زبان میں واقع ہیں، جن کا نام لسانی لوزیتین (lingual tonsils) ہے، اور بعض انفی بلعوم میں، جنھیں بلعومی لوزہ (pharyngeal tonsil) یا لوزہ لشکا (Luschka's tonsil) کہتے ہیں۔ حلقومی لوزیتین میں لف آسبا نافت، خلیوں اور جال کی مخصوص ترتیبوں پر شامل ہوتی ہے، جنھیں برابات (follicles) کا نام دیا گیا ہے، اور

گہرے انشعاقات (fissures) بھی موجود ہوتے ہیں جن کو طاقے (crypts) کہتے ہیں۔ یہ سطح پر دہاتے ہیں اور عموماً نیچے کبھی تک پہنچتے ہیں جو بلعوم کے عضل جرم کے ساتھ متماثل ہوتا ہے۔ ان طاقوں میں تندرستی کی حالت میں بھی جراثیم کے متعدد انواع مل سکتے ہیں، لیکن بنقات سبب، بنقات عصبیہ، بنقات ریویہ، بنقات ذلت، عصبیہ فریڈلانڈر، وغیرہ۔ لوزین دہن کے راستہ سے جو سرایت واقع ہو سکتی ہے اس کی روک تھام کے لئے ایک حفاظتی فعل انجام دیتے ہیں، لیکن جب وہ ایک مرتبہ سرایت زدہ ہو جاتے ہیں، تو سرایت عسقی لمفائی غد میں منتقل ہو سکتی ہے، جن میں سے ایک وہ ہے جو جرے کے زاویہ کے قریب قصبی علی عضلہ کی اگلی کور کے نیچے واقع ہے، شکر سبائی شریان کی روشنائی پر پڑا ہوا ہے، اور غلہ لوزی (tonsillar gland) کی حیثیت سے تیز کیا جاتا ہے۔

التهاب لوزین کا بیان پہلے بعض ساری امراض، یعنی دفتیریہ یا، قرمز (scarlatina)، آرتھک، اور حاد رثیت (acute rheumatism) کے علق میں کیا گیا ہے۔

جراثیمی التهاب اللوزہ (follicular tonsillitis) ان سربتوں کے علاوہ جو کہ ابھی بیان کی گئی ہیں، لوزین کے لف آسا اور جراثیمی جرم کا التهاب بظاہر خود رطوبت پر ہوتا ہے اور بعض اشخاص میں مہینوں یا برسوں کے وقفوں سے مکرر ہوا کرتا ہے۔ یہ غالباً سربت کے باعث ہوتا ہے، یا ان عضویوں کی تشبیت کے ازدیاد کے باعث ہوتا ہے جو طاقوں میں غشی پڑے رہتے ہیں، لیکن ساتھ ہی یہ وجہ بھی ہوتی ہے کہ مبتلا شدہ شخص کی یا اسکی بانقوں کی قوت مدافعت ضعیف ہو جاتی ہے۔

علامات - لوزہ سرخ اور متورم ہو جاتا اور کئی زرد یا سپید نمایاں دھبے یا داغ پیش کرنا ہے، جو ری ارتشاح (exudate)، تلخ شدہ (exfoliated) سر سطح، کثیر الاشکال نواتی سپید غلیظوں، لف غلیظوں اور جراثیم کے نوہے ہوتے ہیں، اور طاقوں کے دہنوں پر واقع ہوتے ہیں۔ اور لوزہ کی سطح کم و بیش مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جرے کے زاویہ کے نیچے یہ ورم باہر سے موس کیا جاسکتا ہے۔ زیادہ شدید قسموں میں طاقوں کا افزایہ وافر ہوتا ہے، اور وہ بڑے چمکدار سپید صلمات (plugs) سے متھو ہوتے ہیں، جو دفتیریہ یا کے سپید مادے سے قریبی مشابہت پیش کر سکتے ہیں، "جراثیمات"

باہم پیوستہ ہو کر ایک ایسی چکیتی بنا سکتے ہیں جو کہ وفتیقیر یا کی غشاء سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ اکثر اوقات ہر دو لوزین ماؤف ہوتے ہیں۔ معتدل بینی اختلال، فردار زبان، کسمندی کا احساس، مقامی بے آرامی، نکلنے میں درد ہونے کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اکثر تپش بہت بڑھ جاتی ہے۔ اور عام طور پر لوزی عنقی غدد بڑے ہو جاتے ہیں۔

مرضی تشریح - لوزین کی سختی بافت (parenchyma) کے خلیات اور جراثیم کے خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ جراثیم میں نہایت چھوٹے جھیلے پھیوڑے بنکر طاقتوں کے اندر پھیوڑے بنیں۔

تشخیص - وہ مشابہت نہایت اہم ہے جو کبھی کبھی ڈفتیقیر یا کے ساتھ ہو جاتی ہے۔ عموماً لوزہ کے ایک طاقتہ کے اندر افراز کے صمام کی صرخی نگین سے، یا ایک جانب پر متعدد صمامات کی موجودگی سے انکی شناخت ہو جاتی ہے۔ کسی قدر وسعت رکھنے والی ایک منفرد سپید چکیتی کا ہونا، جو بظاہر صرف سطح پر ہو، اور اس چکیتی کا نرم تا تو تک پھیل جانا، وفتیقیر یا یا ذبحہ ولسن کی تائید میں ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں جراثیمیاتی کاشت کام میں لانا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 66)۔

ارتفاع حرارت (pyrexia) کے لئے علاج شروع کر دینا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 20)۔ لوزین پر جالس (astringent) یا دافع عفونت محمولات لگا دینے چاہئیں، جیسے کہ صغیہ ایوڈین (برنش فارماکوبیا)، گلیسرین آف ٹینک ایسڈ، اور صغیہ پرکلورائڈ آف آئرن (۵ قطرے ایک ڈرام گلیسرین میں)۔ پوٹاسیئم کلورائیڈ کے لوزنج یا رھائی اور فارمالین (rhatany & formalin) کے اقراص بھی چوسے جاسکتے ہیں۔ صغیہ گوائاکم (tr. of guaiacum) یا گوائاکم کے اقراص، اور سوڈیم سیلی سیلیٹ بھی مفید ہیں۔ شدید اصابتوں میں مصل دافع بنقات سبیم (anti-streptococcal serum) کے اثرات دئے جاسکتے ہیں۔ دافع قرمز بہ نما (anti-scarliniform) اکعب سنٹی میٹر، کثیر گرفتی (polyvalent) ۲۵ اکعب سنٹی میٹر، جو کہ دو دن کے بعد مکرر دیا جاتا ہے۔

قرنیت بلعوم (keratosis pharyngis) یہ ایک حالت ہے کہ جس میں لوزی طافات کے دھنوں پر چھوٹے سفید روزات یا سے جاتے ہیں، جو کہ جراثیمی التهاب اللوزہ کے منظر سے مشابہ منظر پیدا کرتے ہیں۔ بالعموم یہ علامات سے مبرا ہوتی ہے، تاہم بعض اوقات

خفیف خراش حلق کی شکایت کیجاتی ہے۔ مرض کسی قسم کے علاج سے متاثر نہیں ہوتا، لیکن وہ چند ہفتے قائم رہنے کے بعد خود بخود غائب ہو جاتا ہے۔

گسٹرو لوزی خراج (peritonsillar abscess) (دبجٹا لوزیہ: quinsy)۔ اس حالت میں کیسہ لوزہ، اور لوزی مہاد کی عضلی دیوار کے درمیان قلع و قمع واقع ہو جاتا ہے۔ پھوڑا کا ٹھیک محل وقوع مختلف ہوتا ہے، لیکن بیشتر وہ اس نضاء کے بالائی دو تہائی میں واقع ہوتا ہے۔ لوزہ کو نیچے اور اندر کے طرف دھکیل دیتا، اور حنجی بافتوں میں داخل کرتا ہے۔

سبب اسباب۔ یہ پندرہ اور پچیس سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام ہوتا ہے۔ بعض آدمی اس میں مبتلا ہونے کا بہت رجحان رکھتے ہیں اور بار بار مبتلا ہوتے ہیں۔ اس کا سبب لوزی سرایت کا لوزہ کے کیسہ سے باہر پھیل جانا ہے (گرد لوزی التهاب = peritonsillitis)۔ بعد میں قلع و قمع ہو جاتا ہے۔

علامات۔ یہ ایک یا دو دونوں لوزین کو ماؤف کر سکتا ہے۔ لوزہ سرخ اور اپنی قدرتی جسامت سے دو گنا متورم ہو کر خط درمیانی کے طرف ابھر آتا ہے اور لہا (uvula) کو ہٹا کر ایک طرف کر دیتا ہے۔ اگر دونوں لوزین ماؤف ہوں تو ممکن ہے کہ وہ خط وسطی میں مل جائیں اور لہا کو آگے کے طرف دھکیل دیں۔ ورم اور سرخی نرم تالو کو متاثر کر دیتی ہے جو کہ سامنے کو ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک اذیمازدہ ہو جاتا ہے۔ سطح عمودا یعنی، چمکدار اور رنگ میں گہری سرخی یا رخوانی ہوتی ہے۔ باہر سے دیکھا جائے تو بڑے کے زاویہ کے پیچھے بن ورم ہوتا ہے۔ بیماری اکثر ایک قشریرہ اور منسلکی کے ساتھ شروع ہوتی ہے، اور نئی انگل بہت زیادہ ہوتا ہے۔ زبان پر فرکی موٹی تہ چڑھی ہوتی ہے، بھوک چلی جاتی ہے، اور پیش ۱۰ یا ۱۴ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔ نکلنے اور بولنے میں نہایت شدید درد ہوتا ہے اور منہ کے اندر ربنی اور مخاطی افراز جمع ہو جاتے ہیں اور انہیں بار بار نھونکنا پڑتا ہے۔ دو سے چار دن تک میں قلع و قمع ہو جاتا ہے۔ رسولی جو پہلے سخت تھی اب نعتہ نرم ہو جاتی ہے اور انگلی سے دب جاتی ہے۔ یا ایک انگلی لوزہ پر اور دوسری انگلی باہر جڑے کے زاویہ کے پیچھے رکھنے سے پیپ کی موجودگی شناخت کیجا سکتی ہے۔ اگر پھوڑے کو یو بی پھوڑا جائے تو وہ حلق کے اندر پھوٹ پڑتا ہے، پیش کم ہو جاتی ہے، اور صحت جلد ہی چار سے سات روز تک کے اندر ہو جاتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ نقیہیت اور کچھ عرصہ تک جاری رہے۔

شاذ صورتوں میں پھوڑے نلے گردن یا سینہ کے اندر نقب لگادی ہے، یا سبقتی شریان کو کھالیا ہے، یا اپنی پیپ جنوہ کے اندر خراج کر کے اغتصاص (suffocation) پیدا کر دیا ہے۔

تشخیص - ذبحہ لوزیہ (quinsy) جرابی التهاب لوزیہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ وہ زیادہ اکثر نیک جانبی ہوتا ہے، اُس میں تب زیادہ شدید ہوتی ہے، سرخی منقلہ حصوں تک پھیل جاتی ہے، افراز طاقوں کے اندر جمع نہیں ہوتا، اور ممکن ہے کہ پیپ کا بالآخر پتہ چل جائے۔ بعض اوقات یہ دونوں حالتیں ساتھ ساتھ پائی جاتی ہیں۔

علاج - ارتفاع حرارت کا عام علاج استعمال کیا جاتا ہے۔ درمیں برف سے اکثر تخفیف ہو جاتی ہے۔ اُسے جو سنا بھی چاہئے اور باہر سے بھی لگانا چاہئے۔ حاد علامتوں میں کمی کرنے کے لئے سیلی سلیٹ آف سوڈیم ۱۰ تا ۱۵ اکرین کا داخلی استعمال ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے کیا جاسکتا ہے۔ کاربالک ترشہ کے گرم غسول (ایک فی صد) سے غارہ کرنا درکو تشکین دیتا ہے اگر تفتی شروع ہو گیا ہے تو گرم کمپدا (hot fomentations) اور پولیٹیس غالباً اُس میں سرعت پیدا کرتی ہیں۔ جب پیپ معلوم ہو جائے تو پھوڑے کے اُبھرے ہوئے حصے میں ایک لمبے نوکدار مشرط (bistoury) سے (جو اس کے آخری نصف انچ تک پلاسٹر سے ڈھکا ہوا ہوتا کہ دھن کے دوسرے حصے محفوظ رہیں) شکاف لگا دینا چاہئے۔ ابتدائی درجوں میں مصلِ دافعِ بِنَقَاتِ سبجیہ کا اشراب کرنا مفید ہوتا ہے۔

لوزیتیں کی مزمن عفونت (chronic sepsis of the tonsils) - بچوں میں اس کا وقوع عام ہوتا ہے، اور یہ اکثر لوزیتیں کی کلانی پیدا کر دیتی ہے جو ممکن ہے کہ مریض کی عمر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ رفع ہو جائے۔ لیکن مزمن عفونی لوزیتیں چھوٹے، اور حلقوم کے ستونوں کے درمیان گڑے ہوئے بھی ہو سکتے ہیں۔ مابقی حاد التهاب لوزہ سے مزمن عفونت پیدا ہو سکتی ہے۔

امراضیات - بڑھے ہوئے لوزیتیں سنخی بانٹ اور جرابی بافتوں کی پیش پڑش ظاہر کرتے ہیں، ساتھ ہی طاقوں میں افراز کاکم و بیش اجتماع ہوتا ہے، اور طاقے بڑھے ہوئے بھی ہوتے ہیں۔

مِنْ التهابِ لوزتین اہمیت رکھتا ہے اسلئے کہ وہ ایک ایسا ماسکیم ہینچاتا ہے کہ جس سے جسم کے دوسرے حصے بذریعہ جوئے خون سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ دانتوں کے دہی پھوڑوں (apical abscesses) کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے اُس میں سے بہت سے اطلاق یہاں بھی ہوتا ہے۔ دندانِ عفونت بالغوں میں عموماً زیادہ اہمیت رکھتی ہے لیکن بچوں میں لوزتین بہ حیثیت سرایت کے منبعوں کے نسبتاً زیادہ اہمیت رکھتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ثانوی سرایت کے وقوع کا امکان زیادہ ہوتا ہے کیونکہ اولیٰ مرکز گہرے مقام پر واقع ہوتا ہے۔ فی الحقیقت گارڈینر (Gardiner) نے علیہ میں لکھے ہوئے لوزوں کے عمقی رُخ سے ہمیشہ کاشتیں حاصل کیں۔ حادِ ریشیہ (acute rheumatism) اور التهابِ گردہ اکثر عفونی لوزوں سے ثانوی طور پر واقع ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ لوزتین ورنہ کے جسم پر حملہ آور ہونے کے لئے ایک راستہ ہم ہینچاویں۔ درحقیقت لوزتین کی بعض کلانیال ورنہ کی وجہ سے ہو جاتی ہیں، اور لوزہ کی شفاعِ فطریہ (actinomycosis) بھی دیکھی گئی ہے۔

علامات۔ لوزتین پھیکے گلابی رنگ کے، سطح پر نٹنگ دار، اور کثافت میں سخت ہوتے ہیں اور ایک لُوق (spatula) سے دبائے پر اُن کے اندر سے پیپ یا چمبئی مادہ نچوڑا جاسکتا ہے۔ جب وہ صرف معتدل جسامت کے ہوتے ہیں تو ممکن ہے کہ کوئی مقامی علامات نہ پیدا کریں۔ جب وہ بڑے ہوتے ہیں تو ساتھ غدد بھی بڑھے ہوئے ہوتے ہیں اور ایسی صورت میں انفی تنفس میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ بچہ منہ کھولے ہوئے سانس لیتا ہے اور چونکہ انفی راستے کم کام میں لائے جاتے ہیں، لہذا اگلے منخرن چھوٹے اور اہنہ (nasal) چپکے ہوئے ہوتے ہیں۔ نکلنے کے لفعل میں دشواری ہوتی ہے اور وہ بیدِ حنکے پن کے ساتھ عمل میں آتا ہے اور بولنے میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا منہ کے اندر کوئی چیز رکھی ہوئی ہے۔ یوسٹیکیا یا انوبہ کی نازلت کی وجہ سے سُسنائی بھی کم دیتا ہے۔ دوسرے علامات جو ایسی اصابتوں میں رجبے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ کھانسی، انفی نازلت، لیے چینی اور دردِ سر۔

علاج۔ معیاری علاج لوزہ برآری (tonsillotomy) ہے اور ممکن ہے کہ آج کل گردن میں تدریجی غدد کا نسبتہ شاذ پایا جانا اسی وجہ سے ہو کہ یہ علیہ کثرت کے ساتھ

انجام دیا جاتا ہے۔ تاوقتیکہ کوئی نہایت ہی واضح داعیہ موجود نہ ہو۔ اسال سے نیچے عملیہ انجام نہ دینا چاہئے، کیونکہ لوزتین کے حفاظتی فعل کا ضیاع تشویشناک ثابت ہو سکتا ہے۔ بریڈلے (Bradley) نے ایک پبلک اسکول میں دیکھا کہ ان لڑکوں میں کہ جن میں لوزہ بڑی انجام دی گئی تھی، وہاں نازلتی سرایت سب سے زیادہ شدید تھی۔ اگر عملیہ قرین مصلحت نہ ہو تو دیگر افزات یا جینی تو دے پھوڑ لئے جاتے ہیں، یا پچکاری کے ذریعہ یا جو س کرطاقوں میں سے باہر نکال دئے جاتے ہیں اور دافع عفونت لوزینج (lozenges) دئے جاتے ہیں۔

ذبحہ و نسنٹ

(Vincent's angina)

یہ التهابی حالت دو شکلوں میں پائی جاتی ہے: (۱) تقری-قرحات شکل میں گول ہوتے ہیں اور یہ مثالی طور پر ایک لوزہ پر، شاذ طور پر دونوں پر، اور بچوں میں زبان اور گالوں پر پائے جاتے ہیں۔ عفونت زدہ دانتوں کے گرد جو مسوڑوں کے قرحات پائے جاتے ہیں ان میں و نسنٹ (Vincent) کا عصیہ تکلمنا (Bacillus fusiformis) پایا جاتا ہے۔ (۲) کاؤب غشائی (pseudo-membranous)، جو ذہنگیر یا سے مشابہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ لوزہ سے بڑھ کر گرد و پیش کی غشائے مخاطی پر پھیل جائے۔ بعض اوقات یہ لوزہ کو ماؤف نہیں کرتی، بلکہ اس کے بجائے نرم تالو کو اور حلقوم کے سفونوں کو ماؤف کر دیتی ہے۔ غشی غدد متورم ہو جاتے ہیں اور نکلنے میں دقت ہوتی ہے اور کچھ تب موجود ہوتی ہے، اور اسلس بدبودار ہوتی ہے۔ یہ بھلی عموماً آٹھ یا دس دن میں غائب ہو جاتی ہے۔ تب صرف خفیف سی ہی ہوتی ہے، غدد کبھی متقیج نہیں ہوتے، اور انذار اچھا ہوتا ہے۔

ان حالتوں میں دو عضو سے پائے جاتے ہیں: (۱) عصیہ تکلمنا (Bacillus fusiformis) بیطول میں ۶ تا ۱۲ ہوتا ہے، اور ایک طویل پتلے سے مثلث کی مانند نظر آتا ہے۔ یہ جوڑوں میں پایا جاتا ہے، اور قاعدے باہم متماس ہوتے ہیں۔ یہ تاریک زمینی تنور (dark-ground illumination) سے آسانی دکھائی دیتا ہے۔ (۲) و نسنٹ کے بیچ مویہ (Vincent's spirochete)۔

علاج۔ قرحات پر سلور نائٹریٹ کا ۱۰ فیصدی محلول روزانہ تصبیغ کرنا چاہئے۔
درد کو نیکین دینے کے لئے ایسپرین (aspirin) دیا جاسکتی ہے۔ نووارسینو بنزول
(novarsenobenzol) کے اشتراکات کے ذریعہ موٹروں کی سربت دور کیا جاسکتی ہے۔

بلعومی لوزات

(pharyngeal tonsils)

یہ لطف آسا بانٹ کا ایک تودہ ہے، جو انفی بلعوم میں واقع ہے، اور جس کے ساتھ وہ منتشر گرتیں بھی ہیں جو روزن ٹکر (Rosenmuller) کے حفرات کی غشاء مخاطی میں اور بلعوم کی پچھلی دیوار کی غشاء مخاطی میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ تودہ بے ڈنڈی یا ڈنڈی دار ہو سکتا ہے، اور انجنت نما زائندوں پر مشتمل ہوتا ہے یا ایسے شقائق یا درزوں کے ذریعہ جو حلقومی لوزہ کے طاقوں سے متماثل ہوتی ہیں، ایک دوسرے سے جدا ہوتے ہیں۔ یہ استوائی ہڈی سرعلہ کی ایک تہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ زندگی کے تیسرے اور دسویں سالوں کے درمیان اسکی کلانی عام ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی کلانی بچوں کے ساری امراض کے بعد واقع ہو جائے، اور یہ اکثر نازلتی التهاب الانف کے حملوں کے ساتھ واقع ہو ا کرتی ہے۔

بلعومی لوزہ کی بیش پرورش [جسے اکثر خداداد نمابالید (adenoid growth) یا غدد (adenoids) کہتے ہیں] کے امراض بانی نتائج اہم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مزمن نازلت اور پیرکویوسٹیکلیائی انوبہ میں پھیل جائے، اور درمیانی اذن کا التهاب (otitis media) اور ازاں بعد مخاطی طبقہ (mucosa) کا مزمن التهاب پیدا کر دے۔ بچہ کے نشو و نما کے دوران میں بعض تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جن کا ذکر حلقومی لوزوں کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔ بچہ کا چہرہ لمبا ہو جاتا ہے۔ اجنۃ الانف (alae nasi) پچک جاتے ہیں۔ اوپر کا ہونٹ چھوٹا اور باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ منہ اکثر کھلا رہتا ہے اور اس طرح بچہ کا چہرہ احمقانہ (vacant expression) معلوم ہوتا ہے۔ یہ سب لکڑ خد و دی طلعت (adenoid facies) پیدا کر دیتے ہیں۔ کبوتر بینی (pigeon-breast) اور بلند منکی محراب بھی اکثر موجود ہوتی ہے۔

علامات - یہ بلاشبہ کلانی کی مقدار اور اس سے پیدا ہوجانے والے نفی جنوی
تسد کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ یہ جب ذیل ہیں :- بہرین، عاذنا دہنی تنفس جو
رات کو زیادہ خراب ہوجاتا ہے، خرا لے لینا اور شب ترسی (night-terrors) اور نازلتی
التهاب اللانف کارحمان، جس کے ساتھ افزا میں کبھی کبھی خون ہوتا ہے۔ تلفظ کرنے میں
م (M) اور ن (N) حروف صحیح کا تلفظ خراب طرح ادا ہوتا ہے، کیونکہ منفذ انف میں ان
آوازوں کی گنگ نہیں پیدا کیا جکتی۔ بعض کہتے ہیں کہ غدودہ سے مہری تشنج المعقرہ
(laryngismus stridulus) شب بولی (nocturnal enuresis) 'لکنت' صریح
اور تشنجت صبیانی کی خربک پیدا ہوجاتی ہے۔

علاج - اگر علامات زیادہ نمایاں ہوں تو بالیدوں کو جراحی طور پر خارج کر دینا
چاہئے۔ ممکن ہے کہ نسبتہً خفیف امواتوں کی اصلاح ایسی تنفسی ورزشوں سے ہوجائے
جن کا مقصد یہ ہو کہ سچو کوناک کے راستہ سے سانس لینا سکھایا جائے۔

لسانی لوزات

202

(lingual tonsils)

لسانی لوزات لیمف آسابات لی وہ دو یا تین گریں ہیں جو قاعدہ زبان پر خط
وسطی کے دونوں طرف واقع ہوتی ہیں۔ ان کی ساخت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ ملتومی
لوزہ کی، اور ہر ایک میں دو یا تین طاقے ہوتے ہیں۔ وہ ملتومی لوزتین کی طرح ملتب
ہو سکتے ہیں، ان کے طاقوں میں افزا کا احتباس نسبتہً کم عام ہوتا ہے، لیکن وہ
کبھی کبھی بیش پروردہ ہوجاتے ہیں جو کہ بالغوں کے نسبت سچوں میں زیادہ کثرت سے
دیکھا جاتا ہے۔ اغلب ہے کہ "خراش حلق" (sore throat) کا وہ احساس جو خط وسطی
میں اور کہیں حلق کے پیچھے محسوس ہوتا ہے، درحقیقت بہت سی مثالوں میں ملتب لسانی لوزات
کی وجہ سے ہو۔ آخر الذکر "حلق کی اس عام گدگی" کا سبب ہوتے ہیں جو "حلق کی کھانسی
پیدا کرتی ہے۔ نیز کالی کھانسی میں کھانسی انہیں سے پیدا ہوجاتی ہے۔ فیرک کلورائیڈ
(ferrie chloride) کے ۲ گرین کا ایک سیر شدہ محلول جو گلیسرین کے ساتھ ایک
اونس تک بنا لیا گیا ہو، ایک سرے پر خمیدہ پنبہ گیر (wool holder) کے ذریعہ سے

لوزات پر لگانے سے کھانسی میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ اسے لگاتے وقت زبان کو تاحید امکان باہر نکالنا چاہئے (2)۔

مزمن التهاب البلعوم (chronic pharyngitis)

اسباب۔ بلعوم کا مزمن التهاب مکرر حاد حملوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔ پچھلے مخفرین (nares) سے سرایت کا نیچے گزر جانا ایک کثیر الوقوع سبب ہے، اور تمام اصابتوں میں ناک اور نژد انفی جوفوں کی حالت کی تفتیش کرنی چاہئے۔ علاوہ ازیں وہ بعض مضر اثرات مثلاً الکحل کے غلط استعمال، کثرت تبنا کو نوشی، اور آواز کے مسلسل استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اور جب ایک جلبہ عام میں تقریر کو زیادہ انھیں نیچے لیول پر بیٹھے ہوئے سامعین کے طرف خطاب کرنے میں اپنا سر نیچے جھکا تاں اور اس طرح اُن اعضا کو جو صوتی تلفظ نکالنے میں مصروف ہیں پھکاتا ہے، تو بلاشبہ وہ اس مرض کے وقوع میں مدد دیتا ہے۔ مزمن التهاب البلعوم ہمیشہ نرم تالو، لوزین، یا ناک کے پچھلے حصے کے ایک مماثل تغیر کے ساتھ ساتھ واضح ہوتا ہے۔

علامات۔ غشائے مخاطی سُرخ ہو سکتی ہے، اور اُس کی وریدیں متسع ہوتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں بلعوم پر کثیر التعداد چھوٹے رمادی ارتفاعات منتشر ہوتے ہیں (جسبی التهاب البلعوم = granular pharyngitis)۔ دوسری اصابتوں میں چھوٹی خراشیدگیاں (abrasions) یا تقرحات ہوتے ہیں۔ جسبی التهاب البلعوم کے رمادی بروزات بڑھے ہوئے جراثیمات یا مخاطی خدد ہیں۔ غشائے مخاطی بعض اصابتوں میں وافر افراز سے دھکی ہوئی ہوتی ہے، اور مریض ہمیشہ کھنکھارتا اور تنھو کھنکھاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں اس کی سطح خشک ہوتی ہے، جس سے نکلنے میں کسی قدر تکلیف اور دقت، اور ساتھ ہی جھجھکا ہوا درد اور کھانسنے کی خواہش پیدا ہوتی ہے۔

جسبی التهاب البلعوم (granular pharyngitis) اکثر ایک حد اگانہ عارضہ شمار کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حقیقی حلقوم سے منجاوز ہو کر تھلہ بلعوم تک اور حنجرہ تک پھیل جائے۔ غشائے مخاطی بیشتر اصابتوں میں خشک ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات جراثیمات لزج

مخاط سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سے تکلیف کچھ نہ ہو یا کم ہو۔ لیکن حلق کی خشکی اور کڑھکی (stiffness) اور ساتھ ہی کھنکارنے اور تھوکنے کی دائمی خواہش اور نکلنے میں تکلیف اور وقت واقع ہو سکتی ہے۔ بولنے کی کوشش سے بھی درد ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ مریض کو مطلقاً صفا کرنے کے لئے توقف کرنا پڑے۔ حالات کی یہ صورت قسیمی (clergymen) عام مقررین اور دوسرے ایسے ہی پیشہ والوں میں غیر عام نہیں، اور اسی واسطے اسے قسیمی کی خراش حلق ("clergymen's sore throat") کہتے ہیں۔ یہ علامات سردی کے تکشف سے زیادہ ہو جاتے ہیں، اور بعض معنفین نے اس کی موروثی استعداد کا مشاہدہ کیا ہے۔

علاج۔ جنبی التهاب البلعوم میں مقامی علاج ضروری ہے۔ غارے چنداں کارآمد نہیں، کیونکہ وہ نرم تالو سے آگے نہیں پہنچتے۔ لیکن پھلکری یا تانین (tannin) (ہر ایک ہم تا۔ اگرین پانی کے ایک اونس میں) کے رشاشات (sprays) کام میں لائے جاسکتے ہیں یا حلق میں عابس محمولات لگائے جاسکتے ہیں جیسے کہ نائٹریٹ آف سلور (۱۰ فیصدی) یا مینڈل کا صبغہ (Mandl's pigment) جس میں آیوڈائزڈ گلیسرین ہوتا ہے (آیوڈین ۶ گرین، یوناسیم آیوڈائڈ ۲ گرین، آئل مینتھاپ ۵ قطرے، گلیسرین تا بقدر ایک اونس)۔

خلف البلعوم خراج

(retropharyngeal abscess)

اگرچہ یہ ایک جراحی شکایت ہے تاہم یہاں اس پر مختصر انخور کی ضرورت ہے، کیونکہ حلق کی بعض شکایتوں، مثلاً خجری تسد و (laryngeal obstruction) کی تشخیص کے اس سے پیچیدہ ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ یہ شوک کی بوسیدگی سے اور زیادہ اکثر اوقات خلف البلعومی لطف آسا بابت کے التهاب سے پیدا ہو جاتا ہے اور یہ بلعوم کی پشت پر ایک ورم پیدا کر دیتا ہے جو ممکن ہے کہ خجروہ کو دیگر عسر البلع (dysphagia) بہر (dyspnoea) اور اختناق (asphyxia) پیدا کر دے چنانچہ اسکو غلطی سے کروپ یا خجری ذنقیبہ سمجھا جاسکتا ہے، لیکن آخر الذکر کی طرح اس میں کھانسی روکھی یا آواز بیٹھی ہوئی نہیں ہوتی، بلکہ یہ دونوں کسی قدر "تفرغی" ("gurbling") ہوتے ہیں۔

مشکوک اصابت میں حلق کی پشت تک انگلی ڈال کر دیکھنا چاہئے، جبکہ ایک توجہی ورم محسوس ہو جائے گا۔ اس میں سرجن سے شکاف دلوادینا چاہئے۔

التهاب حنجره

(laryngitis)

التهاب حنجره حادث یا مزمن ہو سکتا ہے، اور متعدد اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ ان میں سے چند اسباب یہ ہیں:۔ نازلتی التهاب پیدا کرنے والے معمولی حالات جن پر حاد التهاب الانف (acute rhinitis) کے ماتحت غور کیا گیا ہے۔ خراش اور بخارات اور غبار آلود ہوا کا تماس۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) کا انحرار (impaction) یا دوسرے طریقوں سے راست تضرر گرد و پیش کے حصوں، بلعوم، شعبات اور قصبتہ الریه، یا بیرونی بافتوں سے التهاب کا پھیل جانا، نوعی حمیات (acute specific fevers) جیسے ڈیفٹیریا اور کھسرا۔ اور سب سے آخر میں برائٹ کا مرض۔ مزمن التهاب حنجره تدریجی طور پر یا تو بالائی تنفسی خطہ سے یا ششوں سے ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آتشک بھی حنجره پر حملہ آور ہوتی ہے۔ نتائج سبب کے لحاظ سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں، اور ہم ایک نازلتی التهاب حنجره (catarrhal laryngitis)، ایک اذیبانی التهاب حنجره (oedematous laryngitis)، ڈیفٹیریا سے مخصوص ایک غشائی التهاب حنجره (membranous laryngitis) اور سلی ریوی (phthisis) اور آتشک کے التهاب حنجره کو باسانی شناخت کر سکتے ہیں۔

حادث نازلتی التهاب حنجره:۔ یہ بیشتر انہیں حالات کے باعث ہوتا ہے جو حاد التهاب الانف پیدا کر سکتے ہیں، لیکن خراش اور بخارات، غبار آلود ہوا، غریب اجسام کے داخلے اور پچھلے منخرین (posterior nares) بلعوم یا شعبات سے پھیلنے والے التهاب سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کھسرا میں اور نسبت کم بار دوسری سرایتوں میں ہوتا ہے۔

علامات:۔ آواز بیٹھ جاتی یا بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ حلق میں ایک گہری گڈی (tickling) کا احساس ہو کر رڈکھی (husky) کھانسی آتی ہے، جس کے ساتھ وقتاً فوقتاً مخاط کے چھوٹے چھوٹے صمات (plugs) نفث سے نکلے ہیں۔ تنفس عموماً کم ہی متاثر ہوتا ہے

لیکن شاذ صورتوں میں کسی قدر سرصرہ (stridor) موجود ہو سکتا ہے۔ اور بچوں میں بہر (dyspnoea) نسبتاً کثرت سے ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ سناخفیف یا باہکل غیر موجود ہو سکتا ہے۔ جنجرہ بین (laryngoscope) سے امتحان کرنے پر سوجیات (arytenoids) کے اوپر کی مخاطی تھلی متورم اور سرخ ہوتی ہے۔ اجبال الصوت (vocal cords) بالعموم التهاب زدہ ہوتے ہیں، لیکن وہ عموماً نہایت کم تغیر ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان کے اوپر اور ان کے درمیان کچھ مخاطی پٹری ہونی دکھائی دے۔ بطینی بند (ventricular bands) ماؤف ہو سکتے ہیں۔

بچے حاد التهاب جنجرہ کی ایک قسم صری التهاب حنجری (laryngitis stridulosa) میں مبتلا ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، جس کی متمیز خصوصیت یہ ہے کہ اغتصاص (suffocation) کی علامتیں یکایک، اکثر آدھی رات کے وقت، نمودار ہو جاتی ہیں۔ دن کے وقت صرف خفیف کھانسی اور آواز بیٹھی ہوئی (huskiness) ہوتی ہے، لیکن رات میں بچہ دفعۃً کسی وقت خوف زدہ ہو کر جاگ اٹھتا ہے اور ساتھ ہی اسے شدید بہر (dyspnoea) اور بھونکنے کی آواز والی (barking) یا روکھی (husky) کھانسی ہوتی ہے، جس کے بعد پرشور (loud) اور لمبا بانگ دار (crowing) شہیق ہوتا ہے۔ آواز بھرائی ہوئی اور کمزور اور چہرہ (feature) متملی (congested) ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت قائم رہے تو ممکن ہے کہ چہرہ شامب اور کبود ہو جائے، اور اغتصاص (suffocation) قریب الوقوع معلوم ہوتا ہے۔ لیکن عموماً تنوڑی ویر میں علامتیں کم شدید ہو کر بچہ سو جاتا ہے۔ یا تو اسی رات کو چند گھنٹوں کی نیند کے بعد یا بعد کی راتوں میں ایسے ہی حملے ہو سکتے ہیں جن میں اغتصاص کا خطرہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی کرویپی (croupy) شہیق واقع ہو سکتا ہے۔ ان حملوں کے ساتھ بخار (معہ فروار زبان، تنہائے ہوئے سرخ چہرے، اور گرم جلد وغیرہ کے)، اس کے نسبت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا بالعموم کے نازلی التهاب جنجرہ میں ہوتا ہے۔ یہ حملے غالباً اس وجہ سے ہوتے ہیں کہ مزار کے اندر لزوج (tenacious) مخاط کی موجودگی حنجری شیع پیدا کر دیتی ہے۔ جب کبھی ایسے بچہ کو ”سردی ہو جاتی ہے“ تو یہ علامتیں اسی بچہ میں مکرر پیدا ہو جانے کا رجحان رکھتی ہیں، لیکن شاذ ہی ہلک ہوئی ہیں۔

انذار۔ حاد التهاب جنجرہ زیادہ تر امید افزا انداز رکھتا ہے۔ وہ عموماً چند روز کے

عرصہ میں رفع ہو جاتا ہے۔

تشخیص، بالخصوص بالنفوس میں، عموماً سادہ ہوتی ہے۔ ذلتھیریا اس سے زیادہ شدید ہوتا ہے اور اس کے ساتھ معلقوم پر جھلی، جھلی کافلت، یا البیومین بولیت (albuminuria) کا ہونا ممکن ہے۔

204

علاج۔ مریض کو بولنا نہیں چاہئے۔ اسے ایک یکساں طور پر گرم کرہ ہوائی میں رکھنا چاہئے، اور ایک مناسب آلہ میں بار بار بھاپ کا استنشاق کرنا چاہئے۔ اس آلہ کو مرکب صنفیہ عود (tinct. benzoin co.) (نصف اونس ایک پائنت پانی میں) اسے بار کر سکتے ہیں۔ مینتھال (menthol) (۲ یا ۳ گرین ایک اونس لکڑی سیرافین میں) روغن یوکلپٹس (oil of eucalyptus) اور کریسوٹ (creosote) کے رشاشات (sprays) بھی مفید ہوتے ہیں۔ ملطف مائعات (demulcent liquids) کو آزادانہ طور پر نوش کرنا چاہئے، یاروف کے چھوٹے ٹکڑے جو سے جائیں۔ کھانسی کی خراش کی تخفیف اقیون موجود رکھنے والی دواؤں (opiates) کے ذریعہ کرنی چاہئے۔ غذا یا نظام غذائی (regimen) البتہ وہی استعمال کرنا چاہئے جو عموماً تھموی حالتوں میں کام میں لایا جاتا ہے۔

صرصری التهاب حنجرہ (laryngitis stridulosa) کے لئے اکثر ایک مقیتی (emetic) دوا مفید ہوتی ہے، جیسے کہ سلفیٹ آف زنک (sulphate of zinc) (۵ تا ۱۰ گرین) یا عرق الذهب (ipecacuanha) (اسکافوف ۲ تا ۴ گرین) یا اسکا بنینڈ ایک ڈرام ہر دس منٹ کے وقفہ سے حتیٰ کہ قے پیدا ہو جائے۔ مزید برآں گرم فلائین یا ایک گرم اسفنج گلے پر لگا یا جاسکتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں التهاب حنجرہ کا علاج گرم و تر کرہ ہوائی (بھاپ کی گیتلی) اور برومائیڈز (bromides) اور کلورل (chloral) کی تھوری خوراکیوں سے کرنا چاہئے۔

اذیمائی التهاب حنجرہ (oedematous laryngitis) یہ التهاب حنجرہ کا نتیجہ ہو سکتا ہے جو مختلف طریقوں پر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات یہ نازلی اصابوں میں یا مرض براٹ کے دوران میں ہو جاتا ہے۔ اس کا معمولی سبب حنجرہ کی مادیاتی سبھی سرایت ہے۔ اسکے ہمراہ شدید نئی علامات پائے جاتے ہیں اور اس میں بہت جلد اور مستعدی کے ساتھ علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وہ مقامی اڈیمیا جو عائی عصبانی نتیجہ (angio-neurotic oedema) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے، اکثر اوقات خفجی بافتوں میں ہو جاتا ہے اور اکثر مہلک ہوتا ہے (ملاحظہ ہو عائی عصبانی نتیجہ)۔

مرضی تشریح - یہ سخت الماطی بافت کے اندر التهابی مصل کے انصباب پر مشتمل ہے اور اس مصل میں بہت سے سپید خلیے موجود ہو سکتے ہیں جس سے ممکن ہے وہ مصلی قیمی (seru-purulent) ہو جائے، یا بافت میں حقیقی ریم منتشر ہو جاتی ہے۔ علامات - بسا اوقات سرعت کے ساتھ منویاب ہو جاتے ہیں۔ گلے کی خراش، نکلنے پر کچھ درد ہونا، اور اس کے بعد بہر جو کہ سرعت سے بڑھ جاتا ہے اور قصبہ شگافی کا متقاضی ہوتا ہے۔ خفجی امتحان کرنے سے رمزار اور سبوحیات کا اڈیمیا بہت جلد پایا جاتا ہے۔ انذار و وسیع اڈیمیا کی مثالوں میں خطرناک ہوتا ہے۔

علاج - دافع بنقات سبجیہ مصل کے اشربات بہت جلد دینے کی ضرورت ہے۔ استنشقات جیسے کہ حاد التهاب خفجہ میں دئے جاتے ہیں آرام دہ ہیں اسی طرح گردن پر ٹھنڈے لاسقات۔ پست قصبہ شگافی کی نہایت ہی فوری ضرورت پڑ سکتی ہے۔

غشائی التهاب الحنجریہ (membranous laryngitis) - غشائی التهاب خفجہ کا عام ترین سبب و فتقیر یا ہے جو یا تو حلقوم میں شروع ہو کر خفجہ تک پھیل جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 65) یا ابتدا ہی سے خفجہ پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس وقت یا بعد میں حلقوم کو ماؤف نہیں کرتا۔ یہ نوٹ کر ناخالی از دلچسپی نہیں کہ یہ اولی خفجی اصنافیں بچوں میں بالغوں کے نسبت زیادہ عام ہیں اور یہ کہ ان کے ساتھ البیومن بولیت (albuminuria) یا بعد میں شلل کا وقوع اس کثرت سے نہیں ہوتا کہ جتنا ان اصابتوں میں کہ جن میں طلق ابتداء ماؤف ہوتا ہے۔

غشائی التهاب خفجہ ضربی اسباب یا مقامی غراش آموں، مثلاً کیمیائی بخارات، ابلتے ہوئے پانی، یا خارجی اجسام کے مفوز ہو جانے سے یقیناً پیدا ہو سکتا ہے۔ کھسر میں غشائی التهاب خفجہ کے واقع ہونے کے یہ معنے ہیں کہ اس پر و فتقیر یا سرایت مستزاد ہو گئی ہے۔

علامات - مقامی علامات اُن علامتوں سے مشاغل ہوں گے جو دُفقیہ یا کُہ سخت بیان کی گئی ہیں، لیکن جب التهاب کا سبب زیادہ میمز طور پر ضربی ہو تو ایک مرضِ ساری کی سہی علامتیں غیر موجود یا کم نمایاں ہوں گی۔

تشخیص - عام طور پر ایسے بچے جن میں بلا کسی ظاہر سبب کے، بھر، جھنکار دار (ringing) یا کروپی (croupy) کھانسی اور دیوار سینہ کی شبیہ کی باز کشیدگی (inspiratory retraction) موجود ہو، اور جن کا صرف چار روز میں دم گھٹ جانے (suffocation) کا خطرہ ہو، غشائی التهابِ حخرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔ مزید برآں ایسے بچوں کی غالب تعداد میں دُفقیہ یا ہی اس التهابِ غشائی کا سبب ہوتا ہے۔ لیکن حخرہ میں سے امتحان کرنا عموماً نامکن ہوتا ہے اور جھلی کی موجودگی کا اولین ثبوت قصبہ شکافی (tracheotomy) کے علیہ کے وقت یا اس کے بعد حاصل ہوتا ہے۔ صرصری التهابِ حخرہ (laryngitis stridulosa) سے اسکی شناخت (ملاحظہ ہو صفحہ 203) بھر کے نسبت زیادہ تدریجی نمو اور نسبت زیادہ ہموار رفتار سے ہوتی ہے۔

تبادلِ تشنیت، ایک جسمِ غریبہ کی موجودگی ہے۔

علاج - غشائی التهابِ حخرہ کا علاج اُسی طرح کیا جاسکتا ہے جس طرح کے دُفقیہ یا کُہ سخت میں مبتلا یا گیا ہے، اور یہ علاج اُس وقت جبکہ وہ دُفقیہ یا کُہ باعث ہو اور اس وقت جبکہ وہ فرعی بخار کھسرا یا دوسرے کسی ساری مرض کے ساتھ متلازم ہو دونوں صورتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ پہلی صورت میں دُفقیہ یا کُہ ضد سم (antatoxin) استعمال کرنا چاہئے۔

205

منہ من باز لئی التهابِ حخرہ (chronic catarrhal laryngitis)۔

یہ اکثر ماد التهابِ حخرہ کے بعد ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ آخر الذکر کا مناسب علاج آواز کو کامل آرام دیکر نہ کیا گیا ہو۔ یا بالائی تنفسی خطہ کی سرایتوں سے التهابِ حفری یا ذبولی التهابِ الانف یا مزمن انفی تسد سے۔ نیز آواز کے بیجا استعمال سے ہوتا ہے۔

علامات - آواز کا میٹھ جانا، اور گلے کی خواش جس سے خشک کھانسی پیدا ہو جاتی ہے۔ حخری امتحان کرنے سے، حقیقی اجال پر اور پچھلے طعنی میں د بازتیں پائی جاتی ہیں۔

تشخیص - یہ مزمن نازلتی التهابی حنجرو، اور تدرنی اور آتھکی التهاب حنجرو، اور نندلی نوامیہ کے درمیان بسا اوقات دشوار ہوتی ہے۔ مزید واقفیت کے لئے طالب علم کو حنجریات کی مخصوص نصابی کتب دیکھنی چاہئیں۔

تدرن حنجرو

سل ریوی (phthisis) یا ریوی تدرن (pulmonary tuberculosis) کے مریضوں میں سے ایک معتد بہ تعداد کو حنجری عارضہ ہو جاتا ہے، جسے پہلے سل حنجری (laryngeal phthisis) کے عنوان سے بیان کیا جاتا تھا۔ یہ حنجری بافت پر تدرن کے حقیقی حملہ کی وجہ سے ہوتا ہے، اور یہ پھیپھڑوں میں دُر نے بننے کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ اسے عموماً ”حنجری تدرن“ (laryngeal tuberculosis) کہتے ہیں، اور شاہ ایڈورڈ ہفتم کی صحت نگاہ، ڈیڑھ سٹ (Midhurst) میں سل ریوی کے جتنے مریض داخل ہوئے ان میں ۸۰ فیصدی میں اس مرض کے پہلے درجہ میں، ۳۰ فیصدی میں اس مرض کے دوسرے درجہ میں، اور ۵۰ فیصدی میں اس مرض کے تیسرے درجہ میں حنجری تدرن موجود تھا۔ مرد و عورت دونوں میں اس کا مساوی رجحان ہوتا ہے (3)۔ تدرن کی ایک دوسری شکل جو حنجرو کو ماؤف کرتی ہے، ڈبہ (lupus) ہو، جو بلعوم یا ناک سے پھیل آتی ہے۔

مرضی تشریح - دُر نے مخاطی یا تحت المخاطی بافتوں میں خلیوں کے دقیق اجتماعات کے طور پر واقع ہوتے ہیں، اور شاید یہ سطح پر خفیف ابھار بنا دیتے ہیں، جو کچھ عرصے میں گرد و پیش کے حصوں کا کم و بیش، اکثر بہت زیادہ، اُوبیا اور ازاں بعد تقرح پیدا کر دیتے ہیں۔ متاخر اصابتوں میں یہ تقرح بسوجیات، بطینی بندوں، اجال اور بر مزار پر وسیع طور پر پھیلا ہوتا ہے۔ التهابی عمل شدید اصابتوں میں ریم آفرین عضویوں کی مدد سے زیادہ گہرا پھیلاؤ عمیق لقیح، گردغضروفی التهاب (perichondritis) اور غضب کا تنخر (necrosis) پیدا کر دیتا ہے۔ جماؤ کے اکثر الوقوع مقامات، پچھلے ملتقی (posterior commissure) کے جوار میں ہوتے ہیں، یعنی بین سبوجی رقبہ سبوجی جسم

اجبال الصوت (vocal cords) آتے ہیں۔

اسکے علامات 'مزمن التهابِ جُحْرہ کے علامات جیسے ہوتے ہیں، اور معمولی شدت کی اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں کہ آواز بھٹی ہوئی ہوتی ہے، روکھی کھانسی بار بار آتی ہے بعض اوقات ابتدائی درجوں میں طبیعی فشل (functional failure) کی وجہ سے آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اسی طرح آخری درجوں میں اجمالِ صوتی کے تفریح کے نتیجے میں آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اور جب تفریحِ سبوحیات کے پچھلے حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو بانٹوں کے ورم کے باعث یا ان کے اتلاف اور جُحْرہ کی کامل مسدودی میں مزاحمت ہونے کے باعث نہ صرف نکلنے میں درد ہوتا ہے بلکہ نکلنا مشکل ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی کھانسی شدید اور دورے کے ساتھ ہوتی ہے، اور نفث (expectoration) تغیر پذیر ہوتا ہے، جس کا انحصار جُحْرہ کی حالت پر متناہیں ہوتا کہ جتنا بھیسٹروں کی حالت پر ہوتا ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں تنفس میں بھر کاوش پیدا ہو جاتی ہے۔ ۱۲ فیصدی اصابتوں میں جُحْرہ کوئی مضامی علامت پیدا ہوئے بغیر تدریجاً پایا گیا۔ ابتدائی درجوں میں جُحْرہ میں غشائے مخاطی کا شوب (pallor) ظاہر کرتی ہے اور ریل ریو کی بہت سی اصابتوں میں جُحْرہ کی قطعی عدم دمویت بالکل ابتداء ہی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اجمالِ بطینی بندوں اور پچھلے منتقی میں امتلاکی غیر متشاکل چکیتیاں ایک خفیف درجہ کی صفات ہیں۔ یا زیادہ شدید اصابتوں میں ایک بطینی بند یا برمز مار پر ایک اختلا قرحہ دیکھا جاسکتا ہے۔ جب درجہ سنگی واقع ہوئی ہے تو یہ حصے اکثر ایک مخصوص مہتر شکل اختیار کر لیتے ہیں، اور سبوجی برمز ماری شکل ایک مادوں جانوں پر متورم ہو کر ایک شائبہ گلوبجہ نمایا نا شپائی نما رسولی کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، جس کا قاعدہ پیچھے کے طرف اور نوک آگے کے طرف ہوتی ہے۔ اور جب دونوں ماؤف ہو جاتے ہیں تو یہ اور ام خط و سطی میں متضام ہو جاتے ہیں۔ برمز مار ایک دستار نما ورم بنا سکتا ہے اور ممکن ہے کہ وہی دبازت بطینی بندوں کو ماؤف کر دے، لیکن یہ اکثر مخفی رہتے ہیں۔ بالآخر متورم بانٹوں پر نیز اجمالِ الصوت پر بالخصوص ان کے پچھلے نصفوں میں قرعے بن جاتے ہیں۔

206

تشخیص۔ یہ کچھ تو جُحْرہ بینی مناظر سے اور کچھ بھیسٹروں کی حالت سے کرنی پائے، جو بہت سی ادبہنوں میں وسیع پامندی ہوتے ہیں سبوجی برمز ماری شکلوں کے ناشیاتی نما

اور ام اس حالت کا انتیازی خاصہ ہیں، لیکن جب یہ غیر موجود ہوں تو ممکن ہے کہ اسے
منہ من نازلتی التهاب حنجریہ (chronic catarrhal laryngitis) سے اور آتشکی
مرض سے تمیز کرنے میں وقت ہو۔ اول الذکر میں تدریجی التهاب حنجریہ کے نسبت کم ورم اور
زیادہ انتشار ہوتا ہے۔ آتشکی میں قرعہ عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ گہرے ہوتے ہیں،
وہ ایک نسبتاً زیادہ طہب قاعدے پر واقع ہوتے ہیں، اور منفرد ہوتے ہیں۔ دیابت
زیادہ بے قاعدہ ہوتی ہے، اور مرض اکثر ایک جانب ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرطانی تقرع
کو تدریجی تقرع سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ سرطان اکثر ایک جانبی ہوتا ہے اور نسبتاً
زیادہ عمر والے مریضوں میں پایا جاتا ہے۔

انذار۔ حنجری تدریج کی موجودگی اس کے ساتھ واقع ہونے والی سِل ریوی کے
انذار کو زیادہ یاس انگیز بنادیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 171)۔ مڈہرسٹ (Midhurst)
میں التهاب حنجریہ سے شفا یابی، ۴۴ مریضوں میں سے ۲۵ فیصدی میں ہوگئی۔ اکثر و
بیشتر جیسے جیسے کہ سِل ریوی ترقی یا تہتر کرتی جاتی ہے، حنجری حالت بھی ترقی یا تہتر کرتی
ہے۔ لیکن ایسا ہمیشہ واقع نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ سِل ریوی کے خراب تر ہو جانے پر
بھی حنجریہ شفا یاب ہو جائے۔ لیکن اگر سِل ریوی میں اصلاح ہو رہی ہے تو مناسب
علاج کے ساتھ حنجریہ کبھی خراب تر نہیں ہوتا۔

علاج۔ پیچیدگیوں میں کے مرض کا علاج کرنا ضروری ہے، جس کا کہ حنجری
تدریج فی الحقیقت ایک جزو ہے۔ فینسن (Finsen) کی روشنی کے ذریعہ جسم کی تشدید
تشیع کرنے کی حکمت کی گئی ہے مثلاً گوپن ہیگن (Copenhagen) میں حنجریہ کے مقامی علاج
میں اہم ترین عنصر یہ ہے کہ مریض بالکل خاموش رہے۔ حتیٰ کہ اسے سرگوشی کی اجازت
بھی نہ دی جائے۔ ممکن ہے کہ بعض مریضوں میں اس سے دماغ پر بہت زور پڑے۔
ایسی حالتوں میں گاہے گاہے سرگوشی کرنے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ جہاں زیادہ
درخشاںگی (infiltration) موجود ہو بابت کے اندر ایک باریک پلاٹینی نوک گہری
داخل کر کے گیلوانی کاوی کچھکا (galvanic-caustic puncture) لگانا بہت
کامیاب ثابت ہوا ہے، لیکن اس کا استعمال صرف وہیں کرنا چاہئے جہاں پیچیدگیوں
میں فاعلی مرض کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔ کوکین (cocaine) کے ۲۰ فیصدی محلول کے

۵ قطروں کے اقطار (instillation) سے عدم حسیت پیدا کرنے کے بعد ایک وقت میں تین یا چار کچھ کے دئے جاسکتے ہیں۔ یہ کچھ کا ایک ایسے وقفے کے بعد جو دو ہفتوں سے کم کا نہ ہو، کر رکھایا جاسکتا ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں در و کیلیے ارتھو فورم (orthoform) اور معدلات حس (anæsthetics) کے ذریعہ حنجرہ کے نفوحات کرنا مفید ہے اور حتیٰ کہ فوقانی حنجری اعصاب میں ایک اشرب کرنا۔ زیادہ بڑھی ہوئی اصابتوں میں قصبہ شگافی کے متعلق غور کیا جاسکتا ہے، تاکہ حنجرہ کو آرام ملے۔

حنجرہ کی آتشک

آتشک، حنجرہ کو متعدد طریقوں سے ماؤف کرتی ہے۔ مورثی شکل میں شیر خواری اور طفل کے زمانہ میں۔ اکتسابی شکل میں ثانوی، ثالثی اور درمیانہ درجوں میں۔ اکتسابی آتشک کے ثانوی اثرات شذیہ، اور مزمن بیش دمیت (chronic hyperæmia)، اور تقرحات، اور قلعہ حیات (condylomas) یا مخاطی چکنیاں ہیں، جن میں سے آغاز اکثر نہایت شاذ ہوتی ہیں۔ مرض کے آخری درجوں میں حنجرہ کی منتشر درجہ تک نہایت عام ہوتی ہے۔ چھوٹے صمغیات (gummas)، جو جسامت میں ایک البین کے سر سے لیکر مٹر کے برابر مختلف ہوتے ہیں، اور عمیق تقرحات کبھی کبھی دیکھے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی حنجری اذیما اور التهاب گرد و غشرونی (perichondritis) معہ حنجری تنخر کے پیدا ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ قروح کا انداب ندبات پیدا کر دے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حنجرہ کے شدید اعوجاجات (distortions) یا ہزار کے انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات - یہ میسر نہیں ہوتے، اور ضرر کی شدت کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتے ہیں۔ آواز بلیج جاتی یا جاتی رہتی ہے، کبھی کبھی ابتدائی درجوں میں کھانسی اور آخری درجوں میں کم و بیش بھر موجود ہوتا ہے۔ سوائے اس صورت کے کہ ہر مزار میں صمغیتی قروح موجود ہو، عسر البلع شاذ ہے۔ ممکن ہے بہر سرعت کے ساتھ پیدا ہو جاوے اور اس طرح قصبہ شگافی کی ضرورت لاحق کر دے۔

تشخیص - ثانوی التهاب حنجرہ، آتشک کی دوسری امارتوں، مثلاً جلدی ملخ کی موجودگی کی بنا پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ ثالثی آتشک، باسٹینا، ایک مثالی صمغیتی قروح کے، تدریجی یا

مزمن نازلتی التهاب الحنجروہ کے ساتھ مشابہت رکھتا ہے۔ ایک مثبت وازرینی کاشف تشخیص کا فیصلہ کرتا ہے۔

علاج - نافع آتشک علاج مستعدی کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے۔ ایک عام عقیدہ یہ ہے کہ پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے استعمال سے اذیمائے مزمار (oedema of the glottis) کا پیدا ہونا ممکن ہے، لیکن یہ درست نہیں ہے۔ حنجروہ کو آرام دینے کے لئے ابتدائی درجوں میں حنجروہ شگافی کا عملیہ کر دینا چاہئے، اس سے پہلے کہ مذبی انقباض کی وجہ سے اس کا کیا جانا گزیر ہو جائے۔ آخر الذکر صورت میں مریض کو ساری عمر ایک نلی پہننی پڑتی ہے۔ لیکن مزمار کا اتساع (dilatation) میکانیکی طور پر عمل میں لانے کی یا کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) یا ٹوسٹ (dilator) یا کٹی بالٹری (electric cauterly) سے ایک جالے کو کاٹ دینے کی کوششیں کی جاسکتی ہیں۔

حنجروہ کے سلعات

سلعہ حلیمہ (papilloma) اور سلعہ لیفیہ (fibroma) صوتی اجبال پر عام ہیں، باقی تمام سلیم سلعات شاذ ہیں۔ ویسٹ برمزمار کے ہم پہلو اور وادیچ میں بروز کرتے ہوئے دیکھے جاتے ہیں، لیکن بالعموم یہ علامات سے مبرا ہوتے ہیں۔

علامات - آواز کا بیٹھ جانا۔ اور اگر سلعات لحمیہ متعدد یا بڑی جسامت کے ہوں تو بہر، جو کہ بعض اوقات اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ قصبہ شگافی کی ضرورت پڑتی ہے۔

علاج - یہ ہے کہ سلعہ کو جراحی عملیات کے ذریعہ نکال دیا جائے، جنکی تفصیلات کے لئے قارئین کو جراحی تصنیفات یا خصوصی مقالات ملاحظہ کرنے چاہئیں۔

سلعات خبیثہ (malignant tumours) - یہ نہایت عام طور پر سرطانی سلعات (carcinoma) ہوتے ہیں، لیکن لحمی سلعات (sarcoma) بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور عموماً ۵۰ سال کی عمر کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔ حنجروہ کے درونی مسطانی سلعات کی ابتدا ذیل کے مقامات پر

ہوتی ہے :- (۱) اجبال الصوت پر پچھلے خطوں کے نسبت زیادہ عام طور پر اگلے اور مرکزی خطوں میں۔ (۲) تحت المزمار (subglottic) خطے میں زیادہ عام طور پر خجھرہ کے اگلے حصے میں۔ جبل صوتی کا سرطانی سلعہ عرصہ دراز تک جبل تنگ اور اس کے ہم پہلو جانب خجھرہ میں محدود رہ سکتا ہے لیکن بالآخر اس کا مقامات ذیل تک پھیل جانا بھی ممکن ہے :- (الف) اگلے ملتقی کے آریار۔ (ب) تحت المزمار خطے میں۔ (ج) اسجو جیات میں۔ ممکن ہے کہ بالآخر سارا خجھرہ ماؤف ہو جائے۔ آخری درجوں میں یہ متفرق ہو جاتا ہے، ایسے مایشیوں کے اس پاس روئیدگیاں پھوٹ نکلتی ہیں، اور یہ بھی اپنی باری سے متفرق ہو جاتی ہیں۔ اکثر سطح پیپ سے 'مادہ موسی مخاطی پیپ' (sanguineous muco-pus) سے دھنسل ہوئی ہوتی ہے، اور کبھی کبھی آزادانہ زنف ہو سکتا ہے۔ اڈیمائی التهاب خجھرہ اور التهاب گروخضوفی (perichondritis) بطور پیچیدگیوں کے واقع ہوتے ہیں۔ اس میں شبہ نہیں کہ بعض اوقات بلعوم کے سرطانی سلعہ کے پھیلنے سے خجھرہ ماؤف ہو جاتا ہے (خجھرہ کا بے سرطانی سلعہ)۔

علامات - ابتدائی ترین علامت یہ ہے کہ آواز میٹھ جاتی (huskiness) ہو یا بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ خجھرہ بن سے امتحان کرنے پر ایک رسولی ظاہر ہوتی ہے۔ ابتدائی ترین درجوں میں جبل صوتی اکثر حرکت پذیر ہوتی ہے، لیکن جب بالبد پھیل جاتی ہے تو مثبت ہو جاتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ شدید درد اور ہسہ (dyspnoea) ہو۔ جوں تفرق بڑھتا جاتا ہے تنفس بدبودار ہوتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ زنف واقع ہو جائے۔ تاوقتیکہ مرض کا اخیر درجہ نہ ہو، غدود کا ماؤف ہونا بہت نادر ہے۔

تشخیص کا انحصار آخر الامر حیوی معائنہ (biopsy) پر ہوتا ہے۔ انداز - اگر اس حالت کی تشخیص ابتدائی ترین درجہ میں ہوگئی ہے تو انداز نسبتہ زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ اکاون مریضوں کے ایک سلسلہ میں جس میں خجری انشتاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی نکال دی گئی تھی، ایک سے تیرا سال بعد تک ۸۰ فیصدی میں کس مرض نہیں ہوا، لیکن ان میں سے چوتھائی مریض دوسرے اسباب سے ہلاک ہو گئے۔ ۱۶ فیصدی میں مقامی کس (local recurrence) واقع ہوا۔ فوری عملی طاقت نہایت تھوڑی تھی (۴)۔

علاج یہ ہے کہ حنجری انشقاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی کا استیصال کر دیا جائے۔ یا یہ کہ درقی جناح میں سے ایک درسیہ نما جزوی استیصال کیا جاتا ہے اور اس کی راہ سے بالید کے بیرونی رخ تک ریڈیم سونیاں داخل کی جاتی ہیں۔

حنجرہ میں اجسام غریبہ

(foreign bodies in the larynx)

مختلف اوقات میں حنجرہ کے اندر کثیر التعداد اجسام غریبہ (foreign bodies) داخل ہو گئے ہیں۔ ان میں سے مٹر، پھلیوں کے بیج (beans)، ٹن، سکے، ہڈیوں کے ٹکڑے، کوڑیاں، سنگریزے، مصنوعی دانت، مخصوص غذا کے ٹکڑے، اور بچوں کے کھلونوں کے ٹکڑے ہیں۔

علامات کی تقسیم تین درجوں میں کی جاسکتی ہے:۔ (۱) ابتدائی شنج (initial spasm) جو کہ کھانسی کے ایک شدید دورے کی شکل میں ہوتا ہے، جس سے بالعموم داخل شدہ شے نکل جاتی ہے۔ اگر یہ واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ تسد فوراً مہلک ثابت ہو جائے۔ لیکن اگر ایسا نہ ہو تو اس کے بعد (۲) ایک زمانہ مسکون (quiescent period) واقع ہوتا ہے، جو چند گھنٹوں سے بیکر بہت برسوں تک قائم رہ سکتا ہے۔ علامات اتنے خفیف ہو سکتے ہیں کہ مریض یا اس کے احباب کو ہمیشہ یہ معلوم نہیں ہوتا کہ ایک جسم غریب اندر داخل ہو گیا ہے۔ (۳) دھماکا، التهاب، جو سراپت کے باعث ہوتا ہے، آناؤزی علامات، آواز کا بیٹھ جانا (hoarseness)، درد، کھانسی، وغیرہ پیدا کر دیتا ہے۔

ہر درجہ میں جسم غریب کی وضع کا تغیر وقعت موت پیدا کر سکتا ہے۔ علاج۔ پہلے درجہ میں سر کو پکڑ کر نیچے جھکا کر نافید ہے تاکہ جسم غریب اپنی جگہ سے ہٹ کر نکل جائے۔ اگر علامات خطرناک نظر آئیں تو قصبہ شکافی (tracheotomy) کا عمل کر دینا چاہئے۔ دوسرے درجہ میں جسم غریب کا تعین مقام کر کے اسے ایک دروں بین (endoscope) کی وساطت سے نکال دینا چاہئے۔ اگر جسم غریب لاشعاعوں (X-rays) کے لئے غیر شفاف ہے تو یہ بھی اسکے تعین مقام کیلئے

مفید ہو سکتی ہیں۔

عضلاتِ حنجرہ کا شلل

چونکہ باز گردِ حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) یعنی حنجرہ کا خاص رکی عصب، ایک ممتاز و مخصوص نام رکھتا ہے، لہذا ان عضلات کا شلل، بسا اوقات اس سے بہت زیادہ تشخیصی اہمیت رکھتا ہے کہ جتنی ایک مقامی طور پر پیدا ہونے والی تکلیف کی ہوتی ہے۔ لیکن یہ نہ صرف اعصابِ حنجری کے ضررات سے، بلکہ ان کے مبداء سے اوپر عصبِ تائیہ کے ضررات سے، اور جہاں نواتے واقع ہیں وہاں نخرِ متغیل کے ضررات سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ حنجری شلل بصلی شلل (bulbar paralysis) کا جزو ہوتا ہے، یا آتشک سے اور سلفات سے جو کہ نخرِ متغیل کو اور پھیلے جمعی حفرہ کے ام جانیہ کو متاثر کرتے ہیں، پیدا ہوتا ہے، اور کبھی کبھی ہزالِ نہری (tabes dorsalis) شللِ عمومی (general paralysis) نخرِ عمومی (syringomyelia) اور منتشرِ قصب (desseminated sclerosis) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عصبِ تائیہ گردن میں کی رسولیوں اور بڑے ہوئے غد سے دب جائے، یا گولیوں کے زخموں یا چیرکوں (cuts) سے، جو حادثہ کا نتیجہ ہوں یا جراحیِ کلیہ کے دوران میں لگے ہوئے ہوں متضرر ہو جائے۔ باز گردِ حنجری اعصاب دو مقامات پر خطرے میں ہوتے ہیں، یعنی سینہ اور گردن میں اور چونکہ بایاں عصبِ محراب اور طئی کے گرد خم کھاتا ہے اسلئے اس کے متضرر ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے، لیکن دایاں عصبِ زیرِ ترقوی شریان سے نیچے نہیں جاتا۔ مزمن سلِ ریوی (chronic phthisis) میں راسِ شش پر کی یعنی دبازت کے اندر ان دونوں میں سے کوئی بھی ماؤف ہو سکتا ہے، لیکن بایاں عصبِ محراب اور طئی کے انورساؤ اسلئے سلفات (mediastinal tumours) بڑے ہوئے ششی غد، اور مٹھرائی متنبق (mitral stenosis) کی اصابت میں ایب متسع بایں اذین سے دب جانے کا خاص امکان رکھتا ہے۔ گردن میں دونوں اعصابِ حنجرہ کے طرف صعود کرتے ہوئے قصبۃ الزیہ اور مری کے درمیان واقع ہوتے ہیں، چنانچہ ممکن ہے کہ آخر الذکر کے سرطانی سلعہ میں دونوں سبقت و ماؤف ہو جائیں، یا بڑے ہوئے جسمِ درقی سے دب جائیں۔ شلل کا وقوع

دُفنیسیر یا 'انفلوئنزا' التهابِ رمادِ ماغ (polio-encephalitis) اور دوسرے ساری امراض، مزمن التحلیت، اور سیسہ اور سنگیما کے زہر کے باعث بھی ہو سکتا ہے۔

ان تمام مثالوں میں شلل سب سے پہلے اجبال صوتی کے مبعَد عضلات کو متاثر کرتا ہے اور بعد میں مقرب عضلات ماؤف ہوتے ہیں جب صرف مقرب عضلات کا فعلِ رائل ہو تو غاصہ و ظیفی (functional) یا ہسٹیریائی ہوتا ہے (ملاحظہ ہوں مابعد صفحات)

صوتی اجبال کا مکمل شلل جب جل صوتی کو حرکت دینے والے تمام عضلات منسلک ہو جاتے ہیں تو جل، قعریب اور تبعید کے درمیان ایک وضع، جس کو جیفی وضع (cadaveric position) کہتے ہیں، اختیار کر لیتی ہے۔

ایسی صورت میں آواز کمزور ہوتی ہے، اور اگر زور سے بولنے کی کوشش کی جائے تو آواز کا ارتقاع (pitch) بلند ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے یہ دھیمی ہو کر سرگوشی کی سی ہو جائے۔ کھانسا نامکن ہوتا ہے، نیند کے دوران میں پر شور صرصرہ پایا جاتا ہے، حقیقت یہ ہے کہ ڈبیلے اجبال کے باہم چسے جانے کی وجہ سے جو اغتصاص کا خطرہ ہے وہ قصبہ شنگانی کی ضرورت لاتی کرتا ہے۔ یہ حالت مثالی طور پر ہزال ظہری (tabes dorsalis) میں دیکھی جاتی ہے۔

عضلاتِ مبعَدہ کا مشکل (paralysis of the abductors)۔ اگرچہ کہ بازگردِ حنجری اعصاب میں، جو حلقی درقی عضلہ (crico-thyroid) کے سوائے حنجرہ کے تمام عضلات کو عصبی رسد پہنچاتے ہیں، عضلاتِ مقربہ (adductors) اور عضلاتِ مبعَدہ (abductors) دونوں کے لئے ریشے موجود ہونے چاہئیں، تاہم یہ حیرت ناگ واقعہ ہے کہ ان اعصاب کے جل، ترقی پذیر ضررات (سلمات یا انور سلمات سے بچکاؤ ہونا) ابتداءً صرف عضلاتِ مبعَدہ (abductors) (پچھلے حلقی) سبوجی عضلات = (crico-artænoides posterior) کا شلل پیدا کرتے ہیں۔

یہ صرف بعد میں ہوتا ہے کہ داخلی عضلاتِ ناشرہ (internal tensors) (اساقی سبوجی عضلات = thyro-arytænoides) متاثر ہوتے ہیں اور سب سے آخر میں خاص

عضلات مُقَرَّب (adductors) (حلق مُسَوِّجِ جَانِبِ عضلات = crico-arytanoidei laterales) ماؤف ہوتے ہیں۔ مُبَعَّد ریشے ایک علحدہ بندل بناتے ہیں، جو کتے کے باز گرد حنجری عصب میں مقرب ریشوں سے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (Risien Russell)۔ لیکن سارے عصب کو ماؤف کرنے والے ضررات سے اُن کے زیادہ ماؤف ہو جانے کے امکان کی وجہ جیسا کہ تجربہ سے نکلا دیا گیا ہے، بظاہر یہ ہے کہ وہ برونی اثرات کی مدافعت کی قوتیں نسبتہ کم رکھتے ہیں۔ عضلات مُبَعَّد کا شلل شمعِ مستطیل کے ضررات سے بھی پیدا ہوتا ہے جہاں یہ خیال کیا جاسکتا ہے کہ اُس کا انحصار بعض اوقات مُبَعَّد ریشوں کے نوات کی جداگانہ ماؤفیت پر ہے، اگرچہ ایسے حالات کے تحت تنہا عضلات مُقَرَّب کا شلل کبھی نہیں پیدا ہوتا۔ عضلات مُبَعَّد کے اس طریقہ سے پیدا ہونے والے شلل کے عام ترین متلازمات آتشک اور ہزل (tabes) ہیں۔ یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ عضلات مُبَعَّد کے کوئی قوتِ انوات (supra-nuclear) ضررات نہیں ہوتے۔ غالباً عضلات مُبَعَّد کا شلل بعض اوقات ایک ایسے تغیر کا نتیجہ ہوتا ہے جو اولیٰ طور پر عضلہ کے اندر واقع ہوتا ہے۔

ضرر کا یہ اثر ہوتا ہے کہ دورانِ تنفس میں جبل صوتی، چونکہ وہ کامل طور پر تبعید یافتہ (abducted) نہیں ہوتی، لہذا جبینی وضع میں رہتی ہے، اور ابتداءً ہوا کے گذر کے لئے دافضاء دیتی ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد مخالف العمل عضلہ، یعنی عضلہ مُقَرَّب (adductor) منقبض ہو جاتا ہے، اور جبل صوتی تقریب (adduction) کی وضع میں کھینچ آتی ہے۔ اس طرح عضلات مُبَعَّد کے دو جانبی شلل میں اجمال الصوت مستقلاً خط و سطی میں ایک دوسرے سے قریب آجاتے ہیں اور اُن کا درمیانی فاصلہ $\frac{1}{2}$ انچ سے کم رہ جاتا ہے۔ تصویریت کی کوشش کرنے پر وہ خط درمیانی میں پورے طور پر مل جاتے ہیں۔ شہیق کرنے پر وہ جدا نہیں ہوتے بلکہ ایک دوسرے سے قریب تر کھینچ آتے ہیں۔ زفرہ کرنے پر وہ شاذ و غیرتاً حرکت کرتے ہیں، یا شہیق میں جو اُن کی خفیف سی حرکت ہوتی تھی اُس کے برعکس معنوں میں حرکت کرتے ہیں۔ اہم علامت بھڑ (dyspnoea) ہے، جو مزمار کی منتقلِ تنگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً دورانِ شہیق میں صرصر (stridor) ہوتا ہے، جو زور لگانے پر خراب تر ہوتا ہے، اور نیندیں اکثر نہایت بلند ہو جاتا ہے۔ آواز صاف، یا کسی قدر پیچی ہوئی ہوتی ہے۔ کھانسنے کا عمل پورے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔

جب صرف ایک جبل صوتی مشلول ہوتی ہے تو ہر صرف زور گانے پر ہوتا ہے اور صرصرہ کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔ تقویت کرنے پر تندرست جبل صوتی مشلول جبل صوتی سے خطا و سلی کے اوپر عمل جاتی ہے اور آواز طبعی رہتی ہے۔

تشخیص - عضلات مبعده کا شلل ان حالتوں سے خلطاط ہو سکتا ہے جو عضلات مقبرہ (adductors) کا شیخ، تقریب کی وضع میں سوجیات کی جلاوة (ankylosis) اور اجبال الصوت کا بڑا ہونا نسل جس میں وہ دوران تہیق میں بجائے باہر کے طرف کے اندر کے طرف حرکت کرتے ہیں۔ جب سوجیہ جاسی (ankylosed) ہوتا ہے تو جبل صوتی بالکل ثبت شدہ ہوتی ہے اور مفصل کے گرد و پیش ٹوٹا کچھ دبازت ہوتی ہے۔

یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ وہ ضرر جو عضلات مبعده کا ایک جانبی یا دو جانبی شلل پیدا کرتا ہے، دباؤ (انورسا، رسولی) سے یا ندبہ (cicatrix) (آتشک) کی وجہ سے ساتھ ہی قصبہ الریہ کی تنگی بھی پیدا کر سکتا ہے اور ایسی صورت میں آخر الذکر کی وجہ سے جو صرصرہ (stridor) اوپر پیدا ہوتا ہے وہ غلطی سے اول الذکر کے ساتھ منسوب کیا جاسکتا ہے۔ قصبی تنگی عموماً زنجیری اور شہیتی صرصرہ پیدا کرتی ہے۔ تاہم خجری تنگی کی ہونگی میں ایک قصبی تند کو یقینی طور پر شناخت کر لینا کسی طرح آسان نہیں (نیز طوطا بوعفہ 129)۔ اسکے بعد شلل کے بعد تیب کو دوسرے علامات (مثلاً نزال نجاج اور مرکز جیبی ضرر) کی طرف اشارہ کرنے والے یا صدری انورسا یا گردن اور سینہ کی رسولیوں کی طرف اشارہ کرنے والے علامات پر غور کر کے تشخیص کرنا پڑتا ہے۔ باتیں جبل صوتی کے شلل کا ایک نہایت کثیر الوقوع سبب انورسا ہے۔ کھن ہے کہ امتحان واذر من اور رانجی شعاموں کا استعمال کرنا پڑے۔

انذار عموماً خطرناک ہوتا ہے۔ بد استثناء اس صورت کے، جہاں امتحان سبب مرض ہو، شغلیابی کی بہت کم امید ہے۔ جب دونوں طرف تہیدی شلل موجود ہو تو دم گھٹ کر موت کے واقع ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ موجود رہتا ہے، اگر عضلات مقبرہ (adductors) بعد میں مشلول ہو جائیں تو تنفس کے تسد میں کمی واقع ہو جاتی ہے، ایکسلی بے صوتی (aphonia) پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسے اولی ضرر مثلاً سرطان مری (oesophageal cancer) یا دوبرہ انورسا سے موت واقع ہو سکتی ہے پرانی طویل المدت

اصابتوں میں پچھلے حلقی سبوجی عضلات بالکل مذبول ہو جاتے ہیں۔
 علاج۔ اگر دوسرے شکل کا سبب مرکزی ہے، یا اگر آتشک اس کا سبب ہے
 تو متعدی کے ساتھ دافع آتشک علاج کا انتظام کرنا چاہئے۔ لیکن اگر چند مفتوں میں کوئی
 اصلاح نہ ہو، اور اگر بہر مستقل ہو، یا شبانہ حملے واقع ہوتے ہوں، تو قصبہ شگافی کا عملیہ
 کر دینا چاہئے اور نلی ہیشہ لگائے رکھنا چاہئے۔

ایک جانبی شلل میں اختناق (asphyxia) کا خطرہ نسبت کم ہوتا ہے، اور علاج
 میں بالخصوص ازالہ سبب کا خیال رکھنا چاہئے۔

210

عضلات متقربہ کا مشکل (paralysis of the adductors)۔ یہ
 ایک فعلی اختلال ہے، اور تنہا ساخت کے ضررات سے اس کا وقوع شاذ ہوتا ہے۔
 عضلات متقربہ یہ ہیں:۔ جانبی مقربات یعنی حلقی سبوجی جانبی عضلات
 (erico-arytænoidei laterales) اور مرکزی مقرب یعنی عضلہ سبوجیہ
 حقیقی (arytænoideus proprius)۔ عضلہ دَرقی سبوجی (thyro-
 arytænoidei) کے اندرونی ریشے یعنی داخلی عضلات ناشہ (internal tensors)
 بھی اجمال الصوت کے اگلے حصوں کے مقرب کے طور پر عمل کرتے ہیں۔ عضلات مقربہ کی
 عام ترین قسم میں یہ سبب باؤف ہو جاتے ہیں۔ منجرہ بن سے امتحان کرنے پر مزمار چوڑا کھلا
 ہوا کھلا دیتا ہے۔ نو لہنے کی کوشش کرنے پر اجمال الصوت بمثل حرکت کرتے ہیں، بلکہ
 منجرہ کے جوانب میں ساکن رہتے ہیں۔ چونکہ اجمال ایک دوسرے سے قریب نہیں لائے
 جاسکتے، لہذا امر بضع صرف سرگوشی میں بات کر سکتا ہے، اور کوئی منجری آواز نہیں پیدا ہوتی،
 لگ رہے ممکن ہے کہ بعض اوقات زور لگانے سے اجمال ایک لمحہ کے لئے متماس ہو جائیں۔
 کھانا، جس میں غیر ارادی معکوس فعل کے ذریعہ اجمال الصوت ایک دوسرے سے قریب
 لائے جاتے ہیں، عموماً کامل طور پر ہوتا ہے۔ اور مزمار کی کھلی ہوئی حالت کی وجہ سے بہر
 (dyspnœa) نہیں ہوتا۔ یہ فعلی یا ہسٹیریائی بے صوتی (functional or
 hysterical aphonia) کہلاتی ہے، لیکن یہ اکثر منجرہ کی خفیف سی نازلت سے
 شروع ہو جاتی ہے، مثلاً سلی ریوی کے ابتدائی ترین درجہ میں، یا خراش حلق سے، یا دوسری
 مقامی تکلیف سے، خواہ یہ واضح طور پر ہسٹیریائی اشخاص میں ہوں یا عدم دمویت یا عام کمزوری

دوسرے مریضوں میں مدنی مزاولت میں یہ جذباتی صدمہ (emotional shock) کی وجہ سے نوجوان عورتوں اور لڑکوں میں واقع ہوتی ہے اور فرد خوف کی وجہ سے ساکت ہو جاتا ہے۔ میدان جنگ کے معذور الخدمت قرار دئے ہوئے سپاہیوں میں بے صوتی کی کثیر التعداد اصاباتوں میں سے بیشتر کی توجیہ بھی یہی ہونی چاہئے، بالخصوص جبکہ وہ توپوں کی گولہ باری کی زد میں رہ چکے ہوں، یا دھماکوں کے بعد مدفون ہو گئے ہوں، یا کسی اور طرح سے براہ راست زخمی ہو چکے ہوں۔ بعض اصاباتیں ایسی ہیں کہ جن میں بچہ اس انوبہ قصبہ شگافی (tracheotomy tube) کو نکال دینے کے بعد جسے وہ چند ہفتوں تک پہن چکا ہو، بولنے سے قاصر رہتا ہے، یہ بھی عضلاتِ مقترَبہ کے فعلی استرخاء (functional adductor paresis) کے باعث ہوتی ہیں۔

بعض اوقات عضلاتِ مقترَبہ کا شل کم و سبب ہو تا ہے۔ ممکن ہے کہ تنہا داخلی عضلاتِ ناشرہ (internal tensors) ہی ماؤف ہوں، چنانچہ تصویت کی کوشش پر اجمال الصوت کا تماس پیدا نہیں ہوتا اور ہر جہل صوتی اپنے اگلے نصف میں خط وسطی کی سمت ایک مقعر حاشیہ پیش کرتی ہے۔ اور بعض اوقات مرکزی مقترَب عضلہ (central adductor) مشلول ہو جاتا ہے، اور اس صورت میں اجمال الصوت کے اگلے حصے تماس پوتے ہیں، اور پیچھے سبوجی گریوں کے درمیان ایک مثلثی فضا کھلی رہ جاتی ہے۔ یہ آخری دو قسمیں نازلی التهابِ حنجرہ (catarrhal laryngitis) کے دوران میں غیر عام نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ دونوں ایک ساتھ واقع ہوں، اور اس طرح آگے اور پیچھے نقصِ صوت پیدا کر دیں، اس حالت میں کہ صوتی زائدات (processus vocales) تناسل رہیں۔ ان اصاباتوں میں آواز کا جاتا رہنا اتنا مکمل نہیں ہوتا جتنا کہ پہلے یہ بیان کیا گیا ہے۔

ان حالتوں کی تشخیصِ حنجروبین (laryngoscope) سے بہ آسانی ہو جاتی ہے۔ بلکہ اس کے بغیر بھی مریض کی جھڑکی اور بھرکھانسی اور نفث (expectoration) کی غیر موجودگی اور بالا ارادہ کھانسنے کی قوت کافی طور پر تمیز ہیں۔ لیکن اگر ناولت کی کوئی مرنی شہادت موجود ہو تو اس کے بنیادی نذرانی ضرر کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے۔

انذارِ امید افزا ہوتا ہے اور بہت برسوں کے مریضوں کا بالآخر شفا یاب

ہونا ممکن ہے۔

علاج۔ فعل بے معنی کو ہسٹیریا کی ایک علامت سمجھنا چاہئے اور اسی کی طرح اس کا علاج کرنا چاہئے۔ بیشتر اصابتوں میں وہ ایذا (suggestion) اور باز تربیت (re-education) کے ذریعہ دور کی جاسکتی ہے۔ بعض مثالوں میں پہلے یہ حقیقت سمجھا دینا چاہئے کہ یہ کمزوری کسی عضوی مرض کے باعث نہیں بلکہ کم و بیش ایک فراموشی شدہ عادت کی قسم سے ہے، پھر مریض کو کھانسنے اور اس شور کو "آ آ" ("a-a-h") کی شکل میں لمبا کرنے پر مائل کرنا چاہئے۔ اس سے اسے حرف "آ" ("A") پر لیجاتے ہیں اور اسی طرح 'حروف علت سے شروع کر کے سارے حروف تہجی ختم کرا دئے جاتے ہیں۔ اب مریض کی دلچسپی ہوتی ہے اور اس پر یہ روشن ہو جاتا ہے کہ وہ لفظوں اور جملوں کے بنانے میں ٹھیک طور پر تصویت کر سکتا ہے۔ اگر تدریس کا کوئی شبہ ہو تو یہ طریقہ نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ دوسری اصابتوں میں باہر کے طرف حنجہ کے قرب وجوار میں یا حلق کی نشت پر نراوی رو کا لگانا ایک انگھڑی ایذا (crude suggestive treatment) کے طریقہ کے طور پر مفید ہو سکتا ہے۔ اگر ایسے طریقوں سے علامت پر اثر نہ پڑے یا وہ عود کر آئے، یا اگر وہ ہسٹیریا کی دوسری شہادتوں کے ساتھ متلازم ہو تو مزید علاج ان امور پر اختیار کرنا چاہئے جن کی سفارش اس عنوان کے تحت کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 791)۔

211

تشنج مزمار

(spasm of the glottis)

اس مرض میں عضلات متقرّبہ (adductors) تشنجی طور پر منقبض ہو کر مزمار کی کاٹن مسدودی واقع ہو جاتی ہے جو ہوا کے داخلہ کو روکتی اور اختناق (asphyxia) بلکہ موت پیدا کرتی ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے لیکن شیرخواروں میں اس کی سندرجہ ذیل صحت بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔

حصہ صری تشنج حنجہ (laryngismus stridulous) (تشنجی کراؤ)
 spasmodic croup: تشنج الحلق (child crawing) یہ تین ماہ اور دو سال کی عمر کے درمیان واقع ہوتا ہے اور لڑکیوں کے نسبت لڑکوں میں زیادہ عام ہے۔ اس میں

ناقص حتی حالات مُہر ہوتے ہیں، اور یہ غربا میں، اور اُن بچوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے جنہیں اوپر کی غذا دی گئی ہو، یا جنہیں بیمار اور نیم فاقہ زدہ ماؤں نے دودھ پلایا ہو۔ اصابتوں کی غالب تعداد (۵، فیصدی) میں کسامت (rickets) کے آثار موجود ہوتے ہیں، اور یہ مرض اکثر اُن بچوں میں لافح ہوتا ہے جو کلرز (tetany) کے علامات رکھتے ہیں۔ ضروری تشخّص حنجرہ کالی کھانسی کے بعد بھی واقع ہو جانے کا امکان رکھتا ہے۔ اسکے حملے شبانہ روز ہوتے ہیں، لیکن متعدد اسباب شیخ کی تحریک پیدا کر سکتے ہیں مثلاً رونا، چھاتی چوسنا، تیز حرکات، حنجرہ سے نیچے دودھ کا داخل ہو جانا، معدہ میں ناقابل ہضم غذا کی موجودگی، تسنن (dentition) کی خراش، اور سخت غصہ میں آنا۔ لیکن اکثر ہا کسی ایسے نمایاں پیشرو کے حملے واقع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بچہ خاصی اچھی صحت کی حالت میں ہو اور اسی وقت یہ دیکھنے میں آئے کہ وہ کبھی کبھی ایک خفیف نعیب نما آواز (crowing sound) نکالتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا وقفوں کے ساتھ مکرر ہو اور کوئی اندیشہ نہ پیدا کرے، لیکن بتدریج ایسا زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ تنفس میں مداخلت، جو ابتدائے صرف نعیب سے ظاہر ہوتی تھی، کچھ عرصہ کے بعد زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔ سانس موقوف ہو جاتی ہے، سینہ مثبت، اور چہرہ شاحب اور کبود ہو جاتا ہے، سر پیچھے کو گر جاتا ہے، اور وجہی عضلات میں قدرے جھٹکے واقع ہوتے ہیں۔ بخورے عرصہ میں شیخ ڈھیللا پڑ جاتا ہے، اور ہوا ایک بلند نعیب نما شور کے ساتھ مزار کی راہ سے اندر داخل ہوتی ہے، جواب بھی نامکمل طور پر ہی کھلا ہوا ہوتا ہے۔ بچہ اور چند ہی منٹ کے بعد اپنے کھلونوں میں پھر مشغول ہو جاتا ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں مزار کے شیخ کے ساتھ کلرز (tetany) کے ماسخی قد می انقباضات (carpopedal contractions) بھی ہوتے ہیں۔ انگلیاں خمیدہ ہو کر تھیلیوں میں آ جاتی ہیں، انگوٹھا انگلیوں کے اندر ہو جاتا ہے اور ماتھے کلائی پر خمیدہ ہو جاتا ہے۔ ٹانگیں خمیل جاتی ہیں، پاؤں ٹانگوں پر خمیدہ ہو جاتے ہیں، ٹوے اندر کی طرف مڑ جاتے ہیں، اور پاؤں کا انگوٹھا دوسری انگلیوں سے دور ہٹ جاتا ہے۔ ان پر عمومی تشنہ است (general convulsions) مستراد ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی دورے کے دوران میں، تنفس بالکل موقوف ہو جاتی ہے، وجہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ اور چونکہ نعیب دراصل اس امر کی علامت ہے کہ

شیخ ڈھیلا پڑ رہا ہے لہذا یہ دیکھا جائے گا کہ مہلک اصابتوں میں موت نہایت خوشی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ علامات نہایت ممیز ہوتے ہیں اور کسی دوسرے مرض کے علامات سے بہ آسانی خلط ملط نہیں ہوتے۔ بخار کی غیر موجودگی، حملہ کی قلیل المدت، دوروں کے درمیان حالت کا بالکل تندرست ہونا یہ سب اسے التهاب حنجروہ سے ممیز کرتے ہیں۔ جسم غریب کی موجودگی اس سے مشابہت پیدا کر سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 207)۔
انذار۔ بیشتر مریض کلی طور پر شفا یاب ہو جاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی موتوں کا اندراج ہوا ہے۔

علاج۔ اس مریض کی عام صحت اور حلوں کے وقوع کے لحاظ سے غور کرنا پڑتا ہے۔ بچہ کو فی الفور حتیٰ الوسع بہترین اسحی حالات کے تحت رکھنا چاہئے؛ یعنی تازہ ہوا، خوب ترویح دار کمرے اور جہاں اس کی غذا ناکافی یا ناموزوں ہو اس میں اصلاح کی جائیں (ملاحظہ ہو کساحتہ) اور آنتوں کی طرف توجہ کی جائے۔ دواء کا ڈیجیل کاتیل (cod liver oil) یا کا ڈیجیل کاتیل معہ خلاصہ مالت (malt extract) کے نہایت مفید ہے، اور پوٹاسیم برومائڈ بچہ کی عمر کے لحاظ سے ۲ تا ۴ گرین کی خوراکیں دن میں تین بار، اور کلورل (chloral) کی بخوری مقادیر دی جا سکتی ہیں۔ اگر حملہ خفیف ہوں تو بچہ کو سر سے پاؤں تک روزانہ دو یا تین بار، بہ لحاظ موسم، ٹھنڈے یا نیم گرم پانی سے اسفنج کر دینے سے وہ جلد ترک جاتے ہیں۔ زیادہ شدید دوروں میں سر کو اٹھا ہوا رکھنا چاہئے، سرد پانی سے بھگوئے ہوئے تولیہ سے اسکی جسم کی سطح اور چہرے کو تھینکنا چاہئے اور نتھنوں کے قریب ایونیا یا ایسیٹک ترشہ تمام رکھنا چاہئے، یا اسکے بدن کو گرم پانی میں ڈبو کر سر اور چہرے پر ٹھنڈا پانی ڈالنا چاہئے۔ اٹھکی ڈالکر اسکے برزما (epiglottis) کو آگے کے طرف کھینچ لینا چاہئے۔

تشخیص منہ مار بالغوں میں۔ یہ زیادہ اکثر التهاب حنجروہ، اذیمیائی حنجروہ، شللی حالتوں، یا اجسام غریبہ کی موجودگی کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، نیز یہ صرع (epilepsy)، داء الرقص (chorea)، کزاز (tetanus)، آب ترس (hydrophobia) اور ہزال نظری (tabes dorsalis) میں ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر مرض میں یہ حنجری حرجہ

(laryngeal crisis) کی شدید تر شکل ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 679)۔ اور یہ ایک تندرست حنجرہ میں ہو سکتا ہے، یا ایسے حنجرہ میں ہو سکتا ہے جو کہ شلل سے پہلے ہی ماؤن ہو اور ایسی صورت میں شلل بالعموم متعذر قسم کا ہوتا ہے۔ حنجرہ کے اندر ریتی، یا غذا یا مشروب کے چھوٹے ذرات کا داخلہ نہایت خطرناک اشج پیدا کر سکتا ہے، اور اکثر حنجرہ کی مخاطی جھلی پر دو آمیز معمولات کے لگانے سے بھی کسی قدر اشج پیدا ہو جاتا ہے۔ اشج مزمار اکثر ہسپیریا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی سے ملتا ہوا ایک فعلی اشج (صوتی اشج) = phonic spasm یا صوتی صعوبت (mogiphonia) ہے جو بعض عصبانی اشخاص میں بولنے کی مشقت سے شروع ہو جاتا ہے، اور بولنے کی کوشش پھوڑ دینے پر ڈبیدا پڑ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ صرف اُن لوگوں تک محدود ہو جو آواز کو عام مجموعوں میں استعمال کرتے ہیں، جیسے کہ گانے والے اور پڑھانے والے۔

علاج۔ پہلی جماعت کی اصابتوں میں کلوروفارم (chloroform) کی اے میل نائٹرائٹ (amyl nitrite) ویپر کو نائی (vapour coninae) یا جلتے ہوئے سٹرامونیئم (stramonium) کا استنشاق کرنا یا جالنے، بشرطیکہ یہ وقت پر میسر آجائیں ورنہ ممکن ہے کہ قصبہ شگافی کی ضرورت لاحق ہو۔ منوالی حلوں کے لئے برومائیڈز (bromides) دئے جاسکتے ہیں۔

ہسپیریا کی اصابتوں کے لئے ہسپیریا کا عام علاج ضروری ہوتا ہے۔ اور دوسری فعلی حالتوں کا علاج بھی مریض کی عام حالت کے لحاظ سے، نیز تنفسی ورزشوں (breathing exercises) اور تصویقی ورزشوں (exercises in voice production) سے کرنا چاہئے۔

پیدائشی حنجری صرصرہ

(congenital laryngeal stridor)

کبھی کبھی شیرخواروں میں ایک حنجری اختلال لاحق ہو جاتا ہے، جس میں سانس کے ساتھ ایک مخصوص عجیب غریب کی آواز (croaking sound) سنائی دیتی ہے۔ عموماً یہ پہلے پیدائش کے بعد جلد ہی سنائی دیتی ہے، اور طویل عرصوں تک، شاید

سارے دن اور رات بھر جاری رہتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ ایک وقت میں چند گھنٹوں کے لئے غیر موجود ہو۔ یہ غغغون شہیق کے ساتھ واقع ہوتی ہے، اور یا تو ایک کزبت (rough) آواز ہوتی ہے، یا زیادہ صاف اور موسیقی۔ زفیر (expiration) خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھانسی اور سچہ کارونا عموماً طبعی قسم کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بین الانسلاخ فضا میں قدرے اندر کو چسپی ہوئی ہوں، لیکن کوئی کبودی (lividity) شاذ ہی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ شعور دوران خواب میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں غیر موجود ہوتا ہے۔ جب سچہ ہشاش بشاش یا مچلا ہوا ہوتا ہے تو یہ عموماً زیادہ خراب ہوتی ہے۔ جوں جوں سچہ عمر میں بڑھتا جاتا ہے یہ کم ہوتی جاتی ہے، لیکن سرفریڈرک ٹیلر (Sir Frederic Taylor) نے اسے اڑھائی سال کی عمر میں بدستور موجود پایا۔ دیگر امور کے لحاظ سے سچہ بالکل تندرست نظر آتا ہے۔

دوران حیا میں اور موت کے بعد، دونوں وقت مزماری روزن نہایت تنگ نظر آتا ہے، برمزمار (epiglottis) اپنے اوپر دوہرایا ہوا، اور سبوجی برمزمار و وہر او تقریباً متناس ہوتے ہیں۔ لیکن یہ شیرخوار سچہ کے خجرو کی طبعی حالت کی محض ایک مبالغہ آمیز حالت ہے، اور ڈاکٹر پیٹرسن (Dr. Patterson) نے پانچ مریضوں میں بلا واسطہ مشاہدہ سے بتلادیا کہ صرور سچہ کے اوپر تھیک کی بالائی کوری کی واصلی مخاطی جلی کے ہر شہیق کے دوران میں خجرو میں کھینچ آئے اور اس وضع میں مرتعش ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

جوں جوں یہ حصے نمویاب ہوتے ہیں اس تشوہ (deformity) سے پیدا ہو جانے والا سد کم ہوتا جاتا ہے۔ کوئی راست علاج اس نہیں آتا۔ اگر اعتناق سے زندگی خطرے میں ہو (جو ایک شاذ واقعہ ہوتا ہے) تو قصبہ شگافی کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔

خجرو کی عدم حسیت

(anaesthesia of the larynx)

یہ دو قسمیں ہیں، بصلی شکل (bulbar paralysis) ہزال ظہری (tabes dorsalis) اور شکل عمومی (general paralysis) میں اور عصب تانیہ یا فوقانی خجری عصب کے تضرر سے واقع ہوجاتی ہے۔ اسکی شناخت خجری غشاء مخاطی کی عدم حاسیت

(insensibility) سے کی جاتی ہے اس وقت جبکہ حنجروہ میں کی مدد سے ایک سلائی ڈال کر اسے چھو اجائے۔ اکثر اسکے ساتھ عسر البلع (dysphagia) اس وجہ سے ہوتا ہے کہ غذا کے ریزے حنجروہ کے اندر داخل ہوجاتے ہیں جو میکینزئی (Mackenzie) کی رائے میں ان عضلات کے شل کالینتجہ ہے جنہیں فوقانی حنجری عصب سے رسد پہنچتی ہے، یعنی وہ عضلات جو دوران ابتلاع میں پر مزمار (epiglottis) کو نیچے لاکر مزمار (glottis) کے بالائی روزن کو بند کر دیتے ہیں۔ اس عدم حیثیت کو جو ڈفتھیر یا کی وجہ سے ہر عموماً مشفا ہو جاتی ہے۔ انداز عموماً ترقی پذیر بصلی شلل (progressive bulbar paralysis) اور اس سے مماثل حالتوں میں خراب ہوتا ہے، کیونکہ اس کا امکان ہوتا ہے کہ غذا ابھیچھڑوں کے اندر چلی جائے اور اس طرح ذات الریہ پیدا کر دے۔

213

علاج گیلوانی اور فراڈی لاسقات کے ذریعہ سے ہونا چاہئے۔ داخلی طور پر اسٹرکینیا (strychnia) دیا جاسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ عسر البلع کی وجہ سے مریوی انبوبہ (oesophageal tube) یعنی انبوبہ مری سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

کان

کان کے ضروری اجزائیں ہیں۔

(۱) آلہ ایصال جس کے ذریعہ آوازیں

(۲) آلہ اوراک یعنی حلزونیک پہنچائی جاتی ہیں جو کہ اندرونی کان کی کثیف ہڈی میں واقع ہے۔ یہاں سے صدات۔

(۳) عصب سمعی (حلزونی شاخ) کے ذریعہ دماغ میں چلے جاتے ہیں۔

ایسانی آلہ میں میوان (pinna) بیرونی سمعی منفذ، اور طبلی غشا جو کہ درمیانی اذن کی بیرونی دیوار ہے، شامل ہیں اور درمیانی اذن میں استخوانچے یعنی مطسرتہ (malleus) سندان (incus) اور رکاب (stapes) واقع ہیں۔ آخر الذکر ایک پانی بند جوڑ کے ذریعہ بیضری کھڑکی (oval window) کے اندر ٹھکا ہوتا ہے جو کہ اندرونی اذن کے دو عظمی قعات میں سے ایک ہے۔ دوسرے قعہ ایک گول کھڑکی ہے جو کہ ایک غشا کے ذریعہ

بند ہے۔ اندرونی اذن سیال سے بھرا ہوتا ہے۔ درمیانی اذن میں یوسٹیکیائی انبوبہ (Eustachian tube) کھلتی ہے جو کہ انفی بلعوم سے آتی ہے۔ بوقت ابتلاع یہ انبوبہ ایک لمحہ کے لئے کھل جاتی ہے تاکہ درمیانی اذن میں کا دباؤ باہر کے دباؤ کے برابر رہے اور اس طرح حرکت پذیر طبل غشاء اپنی طبعی وضع قائم رکھتی ہے۔ سمعی صدات بطور صوتی امواج بیرونی سمعی منفذ میں داخل ہو کر طبل غشاء پر آ پہنچتے ہیں۔ غشاء کے ارتعاشات اپنی باری باری طریقہ سندان اور رکاب کے ذریعہ منتقل ہو کر بیضوی گھڑکی پر آ پہنچتے ہیں۔ ایک متبادل موج طبل کی ہوا کے ذریعہ گول گھڑکی پر پہنچ سکتی ہے۔ ازاں بعد یہ امواج اندرونی اذن کے سیال کے ذریعہ حلزونہ (cochlea) کے اندر کارنی (Corti) کے ایک نہایت ہی مختص (specialised) عضو تک منتقل ہو جاتی ہیں۔ یہاں سے صدات مرغولی عقدہ کی راہ سے حلزونی عصب تک اور اس طرح دماغ میں چلے جاتے ہیں۔ اس میکانیزم میں ذرا سی مداخلت صمم پر فوج ہوتی ہے۔

صمم۔ بہرے پن کی تین قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔

(۱) ایضالی صمم۔ اس میں بیضوی اور گول گھڑکی کے مقام تک تمام اسباب شامل ہیں۔ اور اس کی مثالیں یہ ہیں: دسرخ (wax) یا اجام غریبہ جو منفذ میں متکمن ہوں۔ درمیانی اذنی نازلت کی تمام اسباب۔ درمیانی اذن کے حادث اور مزمن التهابات۔

(ب) اورال صمم۔ وہ اسباب جو کہ حلزونہ، مرغولی عقدہ اور سمعی عصب کو ماؤف کرتے ہیں۔ اسکو اندرونی اذنی صمم بھی کہتے ہیں۔ لیکن یہ شیخوخی اسباب، آتشک، قرمزی تپ اور تپ معززہ کا نتیجہ ہو۔ یا بعض امینٹوں کا نتیجہ ہو مثلاً جو شاربہ گردوں یا اعمال المناس (caisson workers) میں، یا ریورلوروں (revolvers) یا لفلوں (rifles) یا بندوقوں کے فائر کی آواز سننے روکنے کا نتیجہ ہو۔ یا بعض دوائیں خاص کر کوئین (quinine) اور سیلی سیلٹز (salicylates) لینے کا یا زیادہ متبا کو پینے کا نتیجہ ہو۔

(ج) عصبی صمم۔ خود سمعی عصب کے اور نیز اسکے مرکزی تعلقات کے ضررات۔ یہ ہمیشہ مکمل بہرہ اپن ہوتا ہے۔ یہ کبھی (۱) ایک جانبی ہوتا ہے، اور انکاف (inamps) یا جلاو التهاب تیر (labyrinthitis) کا، یا سلعات میں سمعی عصب کے ماؤف ہو جانے کا

نتیجہ ہوتا ہے۔ یا (۲) وجہ جانی ہوتا ہے، اور شغاعی و دماغی التهاب اسیمہ کا یا خلقی آتشک (اس صورت میں اس کے ہمراہ ہمیشہ رخنکی التهاب قریبہ اور وجہ جانی سمعی سلمات موجود ہوتے ہیں) کا نتیجہ ہوتا ہے۔

طینن (tinnitus) دوار (vertigo) اور ”مینیئر“ (Meniere) کے مرض کیلئے ملاحظہ ہو ”نظام عصبی کے امراض“۔

کان کا دسویں - کان میں یا کان کے گرد و پیش درد ہونا تقریباً ۹۵ فی صدی مثالوں میں مقامی التهاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بقیہ ۵ فی صدی مثالوں میں کوئی مقامی سبب دریافت نہیں ہوتا اور دروید سبب (referred) ہوتا ہے۔ ان مثالوں کو وجع الاذن (otalgia) کہتے ہیں۔

صیوان الاذن، بیرونی منفذ، اور طبلی غشاء کا امتحان کرنے سے کوئی مقامی سبب دریافت ہو جاتا ہے جو کہ عام طور پر التهابی ہوتا ہے، مثلاً سرخ بادہ، منفذ میں دنبالات، یا ایک سرخ اور ابھری ہوئی طبلی غشاء، اور ایسی صورت میں مناسب علاج کرنے سے درد کو تسکین ہو جاتی ہے۔ گاہے منفذ میں تقرحات یا درمیانی اذن کا سرطان پائے جاتے ہیں۔ جب کوئی مقامی سبب دریافت نہ ہو تو وجع الاذن کا سبب دریافت کرنے کیلئے تفتیش کا دائرہ بہت وسیع کرنا پڑتا ہے۔

درد، دوسرے حصص سے کہ جن کی رسوائی اعصاب سے آتی ہے کہ جن سے کان کی آتی ہے، محمول ہو سکتا ہے (۱) شغاعی (trigeminal) یہ ممکن ہے حقیقی وجع اعصاب ہو۔ وجع الاذن بسا اوقات بوسیدہ زیرین دانتوں اور غیر مشعر (unerupted) عقل کی داڑھوں سے جو کہ تقریباً ہمیشہ زیرین جڑے میں پائی جاتی ہیں۔ زبان کے مرض، بالید، اور تقرحات سے۔ غلہ، کیفیہ کے التهابات اور صدغی چانوی مفصل کے التهاب سے محمول ہوتا ہے۔ (۲) لسانی بلعومی - ممکن ہے یہ حقیقی وجع اعصاب ہو۔ لیکن دروید سبب کی انبویہ اور انفی بلعوم (سرطان) یا لوزہ، برمزمار، زبان کی لیشیت، سبوجی برمزمار، غنیہ اور ناشپاتی ماحضہ کے التهابی اور تقرحی ضررات سے بھی محمول ہو سکتا ہے۔ (۳) شوکی عنقی دوسرا اور تیسرا اعصاب پچھلی جڑوں کا التهاب اور اسکے ساتھ جلد الراس اور صیوان پرئلہ (herpes) شدید وجع الاذن کا باعث ہوتا ہے، اسی طرح عنقی مغیہ کو متاثر کرنے والے

اضرار بھی۔ (۳) عصب التائیہ (vagus) کی اذینی شاخ، جو کہ بلاشبہ وجہی عصب کے رکیبی عقدہ (geniculate ganglion) کے ساتھ قریبی تعلق رکھتی ہے جب اس عقدہ کا التهاب واقع ہوتا ہے تو اس رقبہ پر جو کہ اذینی شاخ سے رسد لیتا ہے نملہ پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے اسکے ساتھ وجہی شلل اور بہراپن اور موار موجود ہو۔

تحت الحاد التهاب الاذن الوسطی

(sub-acute otitis media)

اس سے درمیانی اذن کی خفیف سرایت مراد ہے جس کے ساتھ یوسٹیکیائی انیوبہ کی نازلت موجود ہو۔ آخر الذکر مسدود ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے کہ جس سے ہوا جذب ہو جاتی ہے اور ممکن ہے مصلی ارتشاح موجود ہو، اور طبلی غشا اندر کو کھینچی ہوئی ہوتی ہے۔

علامات۔ کان میں بے آرامی یا خفیف سادرد ہوتا ہے، اور بہراپن پایا جاتا ہے، جو ممکن ہے بچوں میں نظر انداز ہو جائے۔ مریض کو سر کے دو شاخہ (tuning-fork) کی درمیانی سرنٹیاں سنائی دیتی ہیں، لیکن سب سے تیز اور بلند ترین سرنٹیوں کا ادراک جاتا رہتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ انفی جوفوں اور انفی بلعوم میں اگر عفونی ماسکات موجود ہوں تو ان کو دور کیا جاتا ہے، اور یوسٹیکیائی تند کا ازالہ کیا جاتا ہے اور بعض اوقات سیال کو نکالا جاتا ہے۔

حادیہ التهاب الاذن وسطی

بحث اسباب۔ درمیانی اذن کی یہ سرایت تقریباً ہمیشہ ایک نبتہ سبجیہ (streptococcus) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور بسا اوقات زکام، التهاب نوزتین، تپ قرمزی، کھسرا، الفلوئنزا کے بعد نمودار ہوتی ہے، یا عفونت الدم (septicæmia) کا جزو ہوتی ہے۔ ممکن ہے سارے کا سارا درمیانی اذن ماؤف ہو۔ بیش دمویت نمودار ہوتی ہے، اور اسکے بعد طب کے اندر خون آلود مصل کا ارتشاح ہوتا ہے جو کہ ۸ ہ گھنٹہ میں قحی ہو جاتا ہے۔

علامات۔ کان کا درد بالعموم پہلی علامت ہوتی ہے، لیکن بچوں میں یہ اس قدر

خفیف ہوتا ہے کہ ممکن ہے نظر انداز ہو جائے اور بالغوں میں ممکن ہے شدید و دیر ہو۔ بہر حال اور ٹینن (tinnitus) اکثر موجود ہوتا ہے۔ کلسندی جو کہ ہر بخار کے ساتھ پائی جاتی ہے موجود ہوتی ہے۔ دوار شاذ ہے۔ شیر خوار بچے بعض اوقات سر کو ادھر ادھر بچراتے ہیں اور ممکن ہے ان میں سمائیت (meningismus) منویاب ہو جائے۔ کان کا امتحان کیا جائے تو پہلے پہل مطرقہ کے دستے (handle) کے پیچھے ایک خط میں سُرخ نظر آتی ہے۔ پھر تشبیعی عروق اس نقطہ سے غشاء کے محیط کی طرف جاتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں بعد از سُرخ منقشر ہو جاتی ہے، لیکن غشاء کا پچھلا نصف اگلے نصف کی نسبت ہمیشہ پہلے اور اس سے زیادہ متاثر ہوتا ہے۔ التهابی ارتشاح سے غشاء ابھر آتی ہے اور ممکن ہے پچھلے نصف کا انشقاب واقع ہو جائے۔

پیشیید گیاں۔ بعض اصابتوں میں غشاء کا انشقاب ہو کر اور گاہے اسکے بغیر صحت یابی ہو جاتی ہے۔ نامکمل صحت یابی سے مندرجہ ذیل حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ (ا) صمم جو کہ بعد میں یوسٹیکیا کی انوبہ کی راہ سے درمیانی اذن کی تیغ کر کے کم کیا جاسکتا ہے۔ (ب) مسلسل اخراج مواد۔ بعض اوقات اسکی وجہ کوئی ارکہ (granulation) (سعدانہ = polypus) ہوتا ہے جو کہ انشقاب کے اندر بروز کئے ہوئے ہوتا ہے اور اس طرح میلیت کو روکتا ہے۔ اگر مواد کا اخراج جاریاںچ ہفتہ تک جاری رہے تو غالباً حلیہ سرایت زدہ ہو جائیگا، لیکن قبل اسکے کہ طبیعی عملیہ انجام دیا جائے، ناک اور انفی لموم میں سرایت ماسکات خارج از بحث کر لینے چاہئیں۔ غدودہ (adenoids) کا اتصال قیغ کا خاتمہ کر دے سکتا ہے۔ (ج) وحشی شلل، فالوپین قنال (Fallopian canal) میں ایک خلقی روزن کی راہ سے ساتویں عصب پرد باؤ پرٹنے کی وجہ سے۔ (د) جیسے جمجی عصب کا شلل، جسکے ساتھ جیبھی اور صدغی غلوں میں درد ہوتا ہے اور جو شاید ایک مصلی التهاب سمائی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ (س) التهاب حلیہ، جس کو ان علامتوں سے پہچانا جاتا ہے۔ کان کے پیچھے درد طلیہ اولیٰ خاص کر اس کی نوک پرد باؤ ڈالنے سے الیمیت اور اس ہڈی پر کی نرم بافتوں کا تورم۔ برونی سمعی منفذ کے عمیق ترین حصہ کا ابھار ایک قیمتی امارت ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں اعلیٰ زائدہ پر اور کان سے اوپر بہت تورم ہوتا ہے اور جلد سرخ ہوتی ہے۔ التهاب طلیہ کی وجہ سے یہ حالتیں پیدا ہوتی ہیں۔ (دس) جانبی جوف کے ام جانیہ پر پھوڑا جو کہ ممکن ہے جوف کو

مضبوط کر دے اور بعد میں علقیہ کا موجب ہو۔ (ص) درمیانی حفرہ میں ایک بروں جانی پھوڑا جو کہ شاذ ہے۔ (ط) دماغی پھوڑا جس کے متعلق معلوم ہے کہ یہ حلیہ میں پیپ پیدا ہوئے بغیر بھی نمودار ہو سکتا ہے۔ (ع) قیمی التهاب سحایا۔

علاج۔ مریض کو بستر پر رکھا جاتا ہے۔ درد کو تسکین دینے کیلئے دوائیں مثلاً ایسیل سیلک ایسڈ (acetyl salicylic acid) 'مرکب سفوف عرق لذب (pulv. ipec. co.) اور بشرط ضرورت مارفادی جاتی ہے۔ دافع نبقات سیمیہ (anti streptococcal) [دافع قرمز یہ (anti-scarlatinal)] مصل، دروں و ریدی یا دروں عضلی طور پر دیا جاتا ہے۔ گلسرین اور کاربالک (carbolic) کے 'یا آب کافور میں سم فیصدی کوکین کے قطرات کان میں ڈالے جاتے ہیں۔ کان پر ایک برقی طور پر گرم کی ہوئی گدی یا روئی سے یا گرم پانی کی بوتل سے یا کمیدات سے گرمی پہنچائی جاتی ہے۔ اس کے تبادل کے طور پر چھوٹی چھوٹی برف کی ٹھیلیاں حلیہ پر مستقل طور پر رکھنے سے درد اور التهاب کو تسکین ہوتی ہے۔ ممکن ہے طبل غشاء میں شگاف ویناقرین متصلت ہو، بالخصوص حادثاتوں میں کہ جن میں بہت درد اور بلند تپش ہوتی ہے۔ التهاب حلیہ کا علاج اس کتاب کے دائرہ بحث سے باہر ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 E. P. Poulton and F. A. Knott 1936 *Practitioner*, January.
- 2 M. Hovel 1924 *Brit. Med. Journ.* 1., p. 497.
- 3 Sir St Clair Thomson 1924 *Lancet*, ii., p. 948, and *Med. Res. Counc. Spec. Rep. Ser.* 83.
- 4 Sir St. Clair Thomson 1922 *Lancet*, ii., p. 164.

امراض اعصاب دوران خون

طبعی قلب کے فعل کی انجام دہی میں دو قسم کی ساختیں حصہ لیتی ہیں؛ یعنی اُس کے کہنوں کی انقباض پذیر عضلی دیواریں، جو خون کو دھکیلتی ہیں، اور مصراعات (valves) جو خون کے بہاؤ کے رخ پر اقتدار رکھتے ہیں۔ متوازن انقباض کی قوت عضلہ قلب کا فطری خاصہ ہے۔ گذشتہ چند سالوں کی تحقیقات سے ہم پر یہ چیزیں ظاہر ہو گئی ہیں:- عضلہ قلب (myocardium) کے اندر کے وہ نقاط جہاں انقباضی تہتجات عام طور پر آغاز پذیر ہوتے ہیں، وہ راستے کہ جن سے اُذین (auricle) سے بطنین (ventricle) تک تہتجات کا ایصال ہوتا ہے، اس ایصال کی طبعی یا معمولی شرح، اور یہ واقعہ کہ اگرچہ انقباض اکثر اُذین کے اندر شروع ہو کر بطنین میں پہنچ جاتا ہے، تاہم وہ بعض حالات میں بطنین کے اندر بھی آغاز پذیر ہو سکتا ہے۔ ہر بطنینی انکماش (ventricular systole) کے بعد ایک عرصہ آرام ہے جس میں انقباض نہیں ہوتا، اور یہ اُذین کے انکماش پر ختم ہوتا ہے اور اسکے بعد فی الفور بطنین کا انکماش واقع ہوتا ہے۔ اس عمل میں تین ساختیں حصہ لیتی ہیں، اولاً عصبی بافت، عضلی ریشے اور خلیوں سے بنا ہوا ایک الحالت یافتہ چھوٹا تودہ جو اس جگہ جہاں فوقانی ورید اجوف اُذین کے ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے واقع ہوتا ہے اور جسے جوفی اُذینی گروہ (sino-auricular node) کہتے ہیں، ثانیاً، ایک چھوٹا تودہ جو اُذینوں کے فاصل میں جوف اکیلی (coronary sinus) کے فتہ کے قریب واقع ہے، اور جسے اُذینی بطنینی گروہ (auriculo-ventricular node) کہتے ہیں۔ ثالثاً، عضلی ریشوں کا ایک خاص بند، جو اُذینی بطنینی بندل (auriculo-ventricular bundle) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ یہ بند اُذینی بطنینی گروہ سے پیدا ہو کر نکلتا اور چوڑائی میں تقریباً ۵ و ۲ ملی میٹر ناپ کا ہوتا ہے۔

یہ اُذینی فاصل سے بطنی فاصل کے اندر چلا جاتا ہے، اور پہلے اس فاصل کے جزو غشائی (pars membranacea septi) کے نیچے واقع ہو کر یہاں دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے، چنانچہ ایک حصہ فاصل بطنی کے اس طرف اور دوسرا حصہ دوسری طرف واقع ہوتا ہے۔ وائیں شاخ بند معتدل (moderator band) کے اندر چلی جاتی ہے۔ ہر شاخ اپنی طرف کے بطن کی دیوار میں وسیع طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے، اور ریشہائے پرکنجے (Purkinje's fibres) میں ختم ہو جاتی ہے، جو بطنوں کے تقریباً ہر حصہ میں دروں قلم کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اُذینی بطنی گره اور اُذینی بطنی بندل بعض اوقات الحاقی بافتوں (junctional tissues) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں قلب کے طبعی فعل کی اشنا میں پہنچے، جوئی اُذینی گره (sino-auricular node) میں شروع ہوتا اور اُذین میں منتقل ہوتا ہے، لہذا انقباضی موج جس سے ذرا پہلے ایک برقی موج یعنی موج تحریک (excitation wave) پائی جاتی ہے، ج - ۱ گره (S. A. node) سے شروع ہوتی ہے، اور نصف قطری یا شعاعی صورت میں پھیلتی اور تمام سمتوں میں مساوی رفتار سے مسافت طے کرتی ہے۔ اس کے بعد - ب گره (A. V. node) پہنچ جاتی ہے۔ ۱ - ب گره (A. V. node) سے تحریک پیدا ہو کر - ب (A. V.) بندل کی راہ سے اُس کے مختلف تفرعات میں چلی جاتی ہے، اور بطنوں کے دروں قلم پر کبے پرکنجے کے جال میں پھیل جاتی ہے۔ یہاں سے یہ زاویہ قائمہ بناتی ہوئی بطن کے عضلہ کے اندر پھیل جاتی ہے۔

عضلہ قلب کو عصبی ریشوں کے دو سٹوں سے رسد پہنچتی ہے -
 (۱) عصب تائبہ سے (۲) عصب مشارکی سے۔ ان کا فعل ضرب میں ترمیم کرنا ہے۔ عصب مشارکی کے متعلق اس سے زیادہ کہ اُس کا ہیجان قلب کو تیز اور ضرب کو قوی کر دیتا ہے اور کچھ معلوم نہیں۔ عصب تائبہ کی شاخیں ج - ۱ (S.A.) اور ۱ - ب (A. V.) گروں دونوں میں ختم ہوتی ہیں۔ اس کے ہیجان کا یہ اثر ہوتا ہے کہ موج تحریک کا مبداء (رفتار ساز) ج - ۱ (S.A.) گره کے بالائی سرے سے اُس کے زیرین سرے پر منتقل ہو جاتا ہے۔ دوسرے اثرات بطء القلب (bradycardia)

کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

امتحان قلب

217

پھیپھڑوں کی طرح قلب بھی آنکھ، ہاتھ اور کان سے امتحان کر نیکے لئے موزوں ہے۔ وہ پھیپھڑوں کے اگلے حاشیوں کے درمیان دیوار سینہ سے قریبی طور پر متماس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ میں جو کہ خط وسطی سے بائیں طرف عظم القفس کے زیرین نصف، اور چوتھی اور پانچویں بائیں ضلعی کڑیوں کے اندرونی حصوں اور اُن کے نیچے کی فضاؤں سے متاثر ہے۔ صَدَم القلب (impulse of the heart) معائنہ اور جِس سے دریافت ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی رقبہ (præcordial area) یعنی دیوار سینہ کا وہ رقبہ جو کہ قلب پر واقع ہے، قَرع کرنے سے معلوم کیا جاسکتا ہے، اور اصوات قلب کا مطالعہ استماع کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے۔

معائنہ

(inspection)

تندرست اشخاص میں، جو زیادہ موٹے نہ ہوں، قلب ضرب لگانا ہوا دیکھا جاسکتا ہے ایک ایسے رقبہ میں جو کہ پانچویں بین الاضلاع فضاء میں اور تقریباً ۱/۲ انچ قطر کا ہوتا ہے، اور مبلثی سے انتصافاً نیچے کھینچے ہوئے ایک خط سے ۱/۲ انچ تا ایک انچ اندر کی طرف، یا ایک اوسط جسامت والے بالغ میں خط وسطی سے ۱/۲ تا ۳/۴ انچ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ اس ضرب کو صَدَم القلب (impulse) یا ضَرْبُ بَدْنِ الراس (apex beat) کہتے ہیں۔ بیماری میں بعض اوقات یا تو ضرب کی کمزوری کی وجہ سے یا اسوجہ سے کہ قلب کو شش ڈھانکے ہوئے ہو، صَدَم نہیں نظر آ سکتا۔ دایاں اُذین جب وہ تشع (dilated) ہو، بعض اوقات عظم القفس سے دائیں طرف کو ضرب لگانا ہوا دیکھا جاتا ہے۔ قلب کی بڑی کلانی کی بعض مثالوں میں دیوار سینہ کا باہر ابھڑنا بھی

معائنہ سے ظاہر ہوتا ہے۔

تندرست اشخاص میں بین الاضلاع فضاؤں کی ایک خفیف سی مٹی نکلاستی بارکشیدگی (systolic retraction) ہونا عام ہے۔ قلب کی بیش پروردگی (hypertrophy) کی حالت میں ایک زیادہ نمایاں بازکشیدگی واقع ہوتی ہے۔

جس

(palpation)

صدَم کا محل وقوع عموماً جس سے اس سے زیادہ قریبی طور پر تعین کیا جاسکتا ہے کہ جتنا معائنہ سے۔ وہ بائیں بُطین کی بیش پروردگی کی صورت میں باہر کو اور بچے کی طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور انتہائی اتساع میں بغل میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ مرب قوی یا جاشی (heaving) اور سریع اور بے قاعدہ ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بالکل جس پذیر نہ ہو۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا بایاں کنارہ بالعموم اس نقطہ سے متاثر ہوتا ہے جو کہ بائیں طرف سب سے زیادہ دور ہوتا ہے، جہاں نگلیوں کو کسی چیز کے وافع طور پر سامنے کو اور اُفتی طور پر اُٹھنے کا احساس ہوتا ہے (63) نہ کہ اُس رقبہ کے بیرونی اور زیرین حصے سے کہ جس پر ارتعاشات محسوس کئے جاسکتے ہیں، اور جس کے متعلق لاشعاعوں سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ قلب کے رقبہ سے ہر واقع ہوتا ہے۔ ایک مثال میں جس کا کہ را قمر نے مشاہدہ کیا بائیں بُطین کے بالائی نچے سے چوتھی فضا میں ایک ظاہری صدَم پیدا ہو گیا تھا۔ ٹراسیف پر ایک انکلاستی مدَم (systolic impulse) ایک بیش پروردہ دائیں بُطین سے، اور ملی سے (جبکہ پاورسائی ہوتا ہے یا رسولی سے ایصال شدہ ہوتا ہے) یا نابض جگر (pulsating liver) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ مُتَسَّع دایاں اُذین عظم القصد سے دائیں طرف کو مرب لگاتا ہوا محسوس ہو۔ اور ملی پاورسائی بعض اصابتوں میں قاعدہ قلب پر لکھا ہوا ہاتھ ایک مدَم محسوس کرتا ہے، جس کو انبساطی صدَم (diastolic shock) یا انبساطی بازگشت (diastolic rebound) کہتے ہیں، جو بائیں جانبانی محسوس ہوتی ہے کہ پاورسائش کو چمکاتا ہے اور دیوار صدر سے قریب تر

تماس حاصل کر لیتا ہے۔

مصرعی مرض کی بعض صابتوں میں ایک محدود رقبہ پر [جس میں سماع الصدر سے ایک خریر (murmur) سنائی دے سکتا ہے] ہاتھ سے ایک ذبذبہ (thrill) (fremissement cataire) محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً ایک خریر موجود ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی یہ خریر غیر موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ ارتعاشات اس قدر کثرت (coarse) (یعنی اس قدر رست شرح رکھنے والے) ہوتے ہیں کہ وہ صرف محسوس کئے جاسکتے ہیں، سنائی نہیں دیتے۔ یہ مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں نہایت عام ہے، اور اذینی انکماش خریر (auriculo-systolic murmurs) کی ایک بڑی تعداد کے ساتھ، اور بعض وسط انبساطی خریرات (mid-diastolic murmurs) کے ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے۔ دوسرے خریرات کے ساتھ ذبذبہ نسبت بہت کم عام ہیں اور دوسرے مصرعی ضرات (valvular lesions) جیسے کہ ریوی ضیق (pulmonary stenosis) (خلقی)، اور طی ضیق (aortic stenosis)، اور کبھی کبھی اور طی باندوی (aortic regurgitation) اور مطرانی باندوی (mitral regurgitation) میں واقع ہوتے ہیں۔ انورسما اور التهاب ناءو (pericarditis) بھی جس پذیر ارتعاشات پیدا کر سکتے ہیں۔

قرع

(percussion)

گو کہ قرع کرنے پر سینہ کا بیشتر حصہ شش کی موجودگی کے باعث، گمک دار (resonant) ہوتا ہے تاہم ایک چھوٹا رقبہ اوپری یا مطلق اصمیت کا بھی ہوتا ہے، جو قلب کی اگلی سطح کے اُس حصے سے متاثر ہوتا ہے جو شش سے چھکا ہوا نہیں ہوتا۔ اس رقبہ کے گرد ایک رقبہ عمیق یا اضافی اصمیت (deep or relative dullness) کا ہے، جس کی بیرونی حد قلب کے خاکہ سے متاثر ہوتی ہے اور اس طرح اُس کی حقیقی جسامت کا ایک نقشہ بنا کر پیش کرتی ہے۔ اوپر کو یہ تیسری فضا تک پہنچتی ہے۔ بائیں طرف یہ صدم القلب تک پہنچتی ہے۔ اور دائیں طرف

یہ اکثر عظم القصد کے دائیں کنارے سے نصف انچ باہر تک شناخت کیجا سکتی ہے۔ عظم القصد خود گمگ دار ہوتی ہے۔ اضافی اصمیت متوسط طور پر ہلکے قرق کی مدد سے بہترین حاصل ہوتی ہے۔ کمرے میں خاموشی ہونی چاہئے۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا کنارہ عموماً اُس نقطہ سے متناظر ہوتا ہے کہ جہاں آواز کی گمگ میں معتدبہ تغیر واقع ہوتا ہے۔ اصمیت قلب کی زیرین حد، جگر کی اصمیت سے متناظر ہیں کی جا سکتی، اور یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ قلب کا خاکہ مدّم القلب اور اصمیت کے دائیں کنارے کے زیرین ترین نقطہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

قلب کا محل وقوع کیفیدرم فیض کی وضع قیام کے ساتھ بدل جاتا ہے۔ دیوار سینہ پر قلب کا رقبہ برآمد (area of projection) انقباضی وضع میں اُس سے کسی قدر زیادہ نیچے تک پھیلے گا اور نسبتہ کم چوڑا ہوگا کہ جتنا افقی وضع میں ہوتا ہے۔ جب پھیپھڑے متمدد ہوں، جیسے کہ نفاخ میں، تو قرق کرنے سے جسامت قلب کا شناخت کرنا عموماً بالکل غیر ممکن ہوتا ہے، اور مزید براں مدّم القلب اکثر اتنا کمزور ہوتا ہے کہ محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ اضافی اصمیت کے رقبے کی زیادتی کا ایک اہم سبب تاجہ تاءموری (pericardial sac) کا مانع سے پُر ہو کر متمدد ہو جانا ہے۔ استثنائی طور پر اس تاجہ میں ہوا کی موجودگی سے یہ رقبہ گمگ دار ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی اصمیت کے رقبہ کا، اوپر کے طرف، نیچے کو یا ایک جانب ہٹ جانا ہر اس شے کے سبب سے ہو سکتا ہے کہ جو قلب کو ان سمتوں میں ہٹا دے۔

استماع

(auscultation)

سماع الصدر سے سننے پر قلب کی آوازیں ”لب ڈپ“ الفاظ (syllables) سے مشابہ معلوم ہوتی ہیں۔ پہلی آواز نسبتہ زیادہ دبی (duller) اور لمبی، اور دوسری آواز نسبتہ زیادہ تیز (sharper) اور مختصر (shorter) ہوتی ہے۔ پہلی آواز کچھ تو عضلی انقباض اور کچھ اذنی بطینی صراحتوں (auriculo-ventricular valves) کے بند ہونے کے بعد اُن کے یکایک تن جانے (stretching)

کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری آواز نیم ہلالی مصراعوں (semilunar valves) کے بند ہونے کے بعد ان کے یکایک تن جانے کے سبب سے۔ دونوں مصراعوں کی صورت میں جوں ہی کہ دھنوں کی راہ سے خون کا بہنا بند ہوتا ہے دامن معمولاً ساتھ ساتھ تیرنے لگتے ہیں (1)۔ پہلی آواز راس قلب کے قریب بہترین، اور دوسری آواز قاعدہ پر بہترین سنائی دیتی ہے۔

ترمیمات اصوات - قلب کی آوازیں منظم (accentuated) یا بلند میں منقطع، یا تعداد میں زیادہ ہو سکتی ہیں، یا ان کے زمانی تعلقات (time-relations) متغیر ہو سکتے ہیں۔

تفخیم (accentuation) متعدد اسباب پیدا ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک سبب شش کی باز کشیدگی (retraction) ہے، کہ جس سے قلب دیوار صدر کے قریب تر آ جاتا ہے۔ پہلی آواز کی تفخیم اور دھماکے (dulling) یا غما (muffling) بطبعی بیش پروردگی سے پیدا ہو جاتی ہے، لیکن تفخیم بغیر دھماکے (accentuation without dulling) مطرانی ضیق میں عام ہے۔ دوسری دھماکے بن ضلعی فضا میں دوسری آواز کی تفخیم کی وجہ شش یا بی خون کے دباؤ کی زیادتی ہے، کہ جس سے مصراع بند ہونے کے بعد بغیر معمولی قوت کے ساتھ تن جاتے ہیں [ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰۷ (۲)]۔ اسی طرح دوسری یا تیسری یا بی فضا میں دوسری آواز کی تفخیم مماثل طور پر ریوی مصراعوں (pulmonary valves) سے پیدا ہو جاتی ہے۔

تخفیف اصوات (diminution of sounds) قلب کے کمزور فعل سے پیدا ہوتی ہے، یا اسوجہ سے کہ قلب شش سے بغیر معمولی طور پر ڈھکا ہوا ہو، جیسے کہ نفاخ میں، یا اسوجہ سے کہ وہ ناموری انصباب (pericardial effusion) سے گھرا ہوا ہو۔ اصوات قلب کی تخفیف اُس وقت بھی ہو سکتی ہے جبکہ مصراع نامکمل یا ناقص ہوں اور اس طرح خون کی بازروی (regurgitation) واقع ہو کر خیر است (murmurs) پیدا ہو جائیں۔

دوسری آواز کا تضاعف (reduplication) عموماً قاعدہ قلب پر سنا جاتا ہے، بالخصوص ریوی رقبہ میں، اور بعض اوقات اُس کا ایصال راس تک

ہوتا ہے۔ وہ مصرعی مرض کی ان اصابتوں میں واقع ہوتا ہے جن میں پھیپھڑوں کا استلاء ہوتا ہے اور ریوی دور (pulmonary circuit) میں دباؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ وہ اس واقعہ کے سبب سے ہوتا ہے کہ ریوی اور اُورٹی مصراعات بالکل ہمزماں طور پر بند نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ یہ ملی آواز کا تضاعف، جو اس پر سنا جاتا ہے، بعض اوقات اُذینی بطنی مصراعات کی غیر ہمزماں مسدودی کے باعث ہو جو واکض (canter-rhythm) میں اس پر پہلی یا دوسری آواز کا ایک نہایت نمایاں تضاعف ہوتا ہے، جس سے تہری لے (triple rhythm) کی دو قسمیں نمودار ہوتی ہیں، یعنی 'ٹی ٹی پ' اور 'ٹی ٹی' حرور اکض (canter-rhythm) کے سبب ہیں، (۱) زائد یا فو آواز (extra sound) اُسی سبب سے پیدا ہوتی ہے جو اکثر اس مقام پر ایک عامل وسط انبساطی (early mid-diastolic) یا اُذینی انکماش خیر پیدا کر دیتا ہے، یعنی وہ مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی علامت ہے۔ (۲) یا وہ قلبی مسدودی (یہ ملاحظہ ہو) کے سبب سے پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ وہ دراصل بجنہ وہی آواز ہو جو انقباض اُذین کے سبب سے ہوتی ہے۔ معمولی حالات میں یہ اسوجہ سے نہیں سنائی دیتی کہ بطنی سے اس قدر قریب ہوتی ہے کہ انوالڈ کر کی آواز اس کو ڈھانک لیتی ہے۔ قلبی مسدودی میں اُذین بطنی سے کچھ پہلے منقبض ہوتا ہے، اور اس کے انقباض کی آواز انبساط کے دوران میں جلد یا دیر سے سنائی دیتی، اور علی الترتیب دوسری یا پہلی آواز کو متضاعف (reduplicated) بنا دیتی ہے (Lewis)۔

219

قلب جس قدر زیادہ سرعت سے ضرب لگاتا ہے اُس قدر دوسری آواز اور اس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان کا وقفہ زیادہ مختصر ہوتا ہے۔ اُس طرح فعل میں جو قلبی خستگی (cardiac exhaustion) کی بعض قسموں کے ساتھ ہوتا ہے یہ دونوں وقفے مساوی ہو سکتے ہیں۔ ضربات قلب کمزور ہوتے ہیں، پہلی آواز دوسری آواز سے تیز نہیں کی جاسکتی، اور جنینی قلب کی آوازوں سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے۔ اس حالت کو جنینی لے (foetal rnythm) یا جنینی قلب (embryocardia) کہتے ہیں۔

تندرست اشخاص میں اس پر کی جو پہلی آواز ہوتی ہے وہ قاعدہ پر اُورٹی

رقبہ کی دوسری آواز کے نسبت دگنی شدت رکھتی ہے۔ مضر قلب کے اغطاط کی اصابتوں میں پہلی آواز جو اس پر سنی جاتی ہے، اپنی شدت میں کم ہو جاتی ہے یہاں تک کہ وہ قاعدہ پر کی دوسری آواز کی شدت سے مساوی یا اُس سے کمتر ہو جاتی ہے۔ ان دونوں کا مقابلہ کرنے کے لئے ایک خاص قسم کا سماع الصدر ایجاد کیا گیا ہے، لیکن عموماً ایک معمولی سماع الصدر کی مدد سے کان ان کے فرق کو محسوس کر لینے کی پوری صلاحیت رکھتا ہے۔

مرض کے باعث مصراعی و ہنوں پر خریات - مصراع کی کوئی تنگی (narrowing) تضیق (stenosis) یا تسد (obstruction) اُن کی راہ سے جانے والی خون کی رومیں ارتعاشات پیدا کر دیتا اور یہ ایک خیر (murmur) یا مرد (bruit) کے طور پر سنائی دینگے، جس کو ابتداً حرو و منفاخی (bruit de souffle) کہتے تھے۔ بخلاف ازیں اگر وہ مصراع علیہم الکفایت (incompetent) ہے تو کچھ خون اُس کہنہ کے اندر باز رہا ہو جائے گا جس میں سے وہ آیا تھا، اور اس سے بھی ایک خیر سنائی دینگا۔ یہ خریات غیر طبعی اصوات (adventitious sounds) ہیں جو طبعی اصوات قلب کی جگہ لے لیتے ہیں۔ اگر ایک یحساں سوراخ رکھنے والے نل میں سے مائع نہایت بلند رفتار سے بزور گنارا جائے تو نل کی دیوار پر رگڑ لگنے سے تلاطم انجیز حرکت پیدا ہوگی اور ایک آواز سنائی دینگے۔ نسبت کم رفتار ہو تو ہوا و یحساں ہوتا ہے اور کوئی آواز نہیں پیدا ہوتی، اور یہی حالت اسوقت بھی ہوتی ہے جبکہ مائع ایک زیادہ چوڑے نل میں سے نکل کر ایک نسبتہ چھوٹے نل میں جاتا ہے۔ لیکن جب مائع ایک چھوٹے نل میں سے ایک نسبتہ بڑے نل کے اندر، یا ایک تنگ نل میں سے نکل کر اُس کے آگے نسبتہ چوڑی فضا میں جاتا ہے تو ایک آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کی توجیہ یہ ہے کہ پانی کی دھار (stream) ایک نسبتہ چھوٹے نل میں زیادہ بلند رفتار سے بہتی ہے اور اسی واسطے وہ ایک نسبتہ بڑے نل کے آہستہ حرکت کرتے ہوئے ستیال کے اندر ایک منجمد صاع (fluid vein) کی شکل میں آگے کو پھینکی جاتی ہے اور اس کی رگڑ رگڑا کر دے ستیال پر لگنے سے وہ جنوروں کی شکل میں پارہ پارہ ہو جاتی ہے۔ اس سے پیدا ہونے والے ارتعاشات

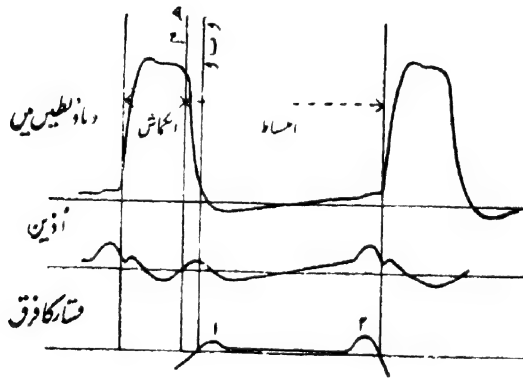
بصورت آواز سموع ہوتے ہیں۔ اس اصول کی ایک مثال جو روزانہ دیکھنے میں آتی ہے ایک آبشار سے ملتی ہے، لیکن جسم انسان پر اس کا اطلاق وسیع طور پر ہوتا ہے۔ چنانچہ مصراعوں کی تنگی اور عدم کفایت (incompetence) سے پیدا ہونے والے غریبات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، گویاں یہ بتلادینا چاہئے کہ خور کا ایک مزید سبب مصراعوں کی کوروں کے یا اُن کی روئیدگیوں (vegetations) کے وہ ارتعاشات بھی ہو سکتے ہیں جو جوئے خون کے اندر ہوتے ہیں۔ منہر صہار (fluid vein) کے اصول سے اُن غریبات کی توجیہ بھی ہوتی ہے جو قاعِ بطن (septum ventriculosum) کے کسی اثقاب میں سے خون کے گزرنے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ طبعاً، جبکہ خون بڑے شریان میں سے چھوٹے شریان کے اندر جاتا ہے کوئی آواز نہیں سنائی دے گی۔ لیکن اگر شریان پر دباؤ پڑے تو ایک آواز پیدا ہوگی۔ فی الحقیقت انبساطی فشار (diastolic pressure) ایسے ہی ذرائع سے متعین کیا جاسکتا ہے۔ اسی طرح اگر بڑے آوردہ پر دباؤ پڑے تو ایک غریب سنائی دے گی، اور شریانی انورسما اور شریانی وریڈ انورسما میں بھی۔ بالآخر یہی اصول اُس وقت بھی کارفرما ہوتا ہے جبکہ دورانِ نفس میں ہوا کی روؤں کی حرکت سے آوازیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ آوازیں منہ میں پیدا ہو سکتی ہیں جیسے کہ سیٹی بجانے میں، نیز ناک کے اٹھنے یا پچھلے منخروں میں، مزمار (glottis) میں یا تنفسی شعیبات اور ہوائی تاجوں کے درمیان۔

غریباتِ قلب ایک دوسرے سے امور ذیل میں مختلف ہوتے ہیں:-
(۱) بہ لحاظِ وقت - (۲) قلب کے دھنوں کے ساتھ اپنے تعلق میں - (۳) آواز کی نوعیت میں -

غریبات کا وقت۔ وہ غریبات جو پہلی آواز کے ساتھ سنائی دیتے اور اُس کے بعد ہوتے ہیں، بطینوں کے انقباض کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انکماش (systolic) کہلاتے ہیں۔ وہ جو دوسری آواز کے ساتھ، یا اُس کے اور اُس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان سنائی دیتے ہیں، اتساعِ بطین کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انبساطی (diastolic) کہلاتے ہیں۔ یہ غریبات انبساط میں اپنے محل وقوع کے لحاظ سے عاجل (early)، وسطی (mid) اور

220

آجل (late) انبساطی کہلاتے ہیں۔ آخر الذکر کو زیادہ عام طور پر قبل انکماش (pre-systolic) کہتے ہیں، اور جب وہ، جیسا کہ بیشتر امیباتوں میں ہوتا ہے، بائیں اُذین کے انکماش سے خون کے ایک تنگ فتح میں سے بزور گزرنے کی وجہ سے ہوتا ہے تو اُسے اُذینی انکماش (auriculo-systolic) کہہ سکتے ہیں۔ کسی خاص خریر کے وقت کی تعیین کے لئے، اُس کا محل وقوع ضرب قلب کے لحاظ سے، یا عضروف درقی کے پاس سباتی شریان کی ضرب کے لحاظ سے نوٹ کرنا چاہئے۔ یہ دونوں ضربیں کافی صحت کے ساتھ بطین کے انکماش کی قائم مقام ہوتی ہیں، لیکن نبض کجری (radial pulse) سباتی شریان کی نبض سے پہلے سکینڈ بعد واقع ہوتی ہے۔

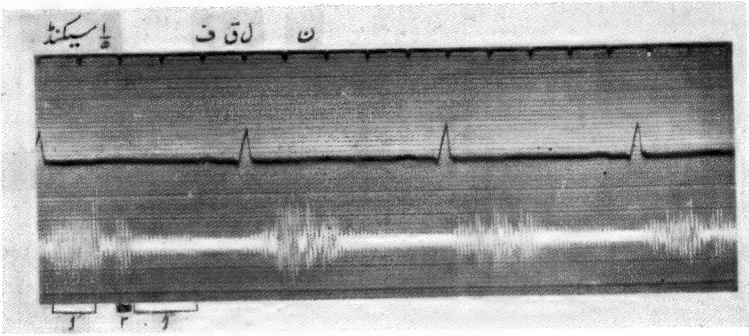


شکل ۱۱۔ مطرانی ضیق کے خریرات کی توجیہ لوئیس (Lewis) کے مطابق۔
 ھ۔ م۔ ہلائی معداعوں کی مسدودی جو کہ دوسری آواز کا وقت اور
 انبساط کی ابتدا ظاہر کرتی ہے۔ ۱۔ ج۔ ۱۔ اُذینی بطینی معداعات کا
 انفتاح۔ ۲۔ اُذینی انکماش خریر کا محل وقوع ظاہر کرتا ہے۔ ۱۔ وسط انبساط
 خریر ظاہر کرتا ہے۔ آخر الذکر حقیقت میں ایک غلط نام ہے، کیونکہ یہ خریر
 وسط انبساط سے پہلے واقع ہوتی ہے، لیکن چونکہ یہ انبساط کے آغاز سے
 بعد شروع ہوتی ہے لہذا اس کو عامل انبساطی نہیں کہا جاسکتا۔
 حقیقت میں یہ تاخیر پذیر عامل انبساطی ہے۔

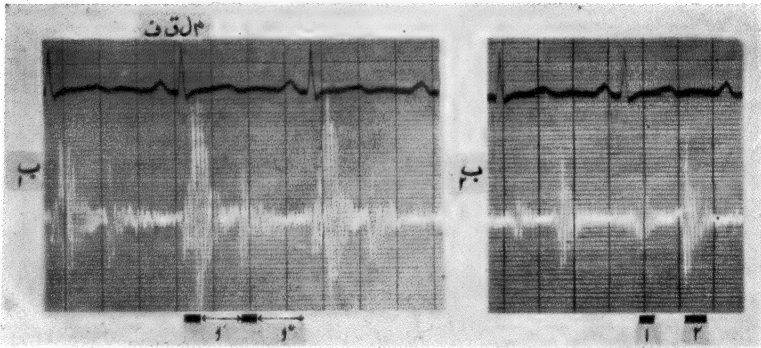
اُورطی دھنہ پر تسدد کی حالت میں بطین کا انقباض، خون کو تسدد کے پار بزور گزار کر ایک خریر پیدا کرتا ہے۔ اسی وجہ سے وہ ایک انکماش خریر ہوتی ہے اور اگر قلب کی طبعی آوازیں ”لب ڈپ“ سے ظاہر ہوتی ہیں تو اس خریر کے ساتھ کی آوازیں ”لف ڈپ“ (”luff-dup“) سے ظاہر کی جاسکتی ہیں (صفحہ ۱۰، الف)۔ اُورطی دھنہ پر کی بازروی ارتخار بطین کے دوران میں ایک خریر پیدا کر دیتی ہے جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ اسی واسطے وہ عاجل انبساطی (early diastolic) ہوتی ہے (صفحہ ۱۰، الف)۔

مطرائی دھنہ پر بازروی، بطین کے انقباض کے دوران میں ایک خریر پیدا کر دیتی ہے۔ اسی واسطے ایک انکماش خریر پیدا ہو جاتی ہے (صفحہ ۱۰، ب اور س)۔ مطرائی مصراع کے مقام پر تسدد ہونے سے ایک انبساطی خریر پیدا ہو جاتی ہے جو اُس وقت واقع ہونے کا رجحان رکھیگی جبکہ خون اُذین سے بطین کی طرف اعظم شدت کے ساتھ بہ رہا ہو، یعنی جب دباؤ کا فرق کبیر ترین ہو۔ قلبی دور کے دوران میں اُذین اور بطین کے دباؤ کے تغیرات کا علم ہمیں دوران انبساط میں دو ایسے مواقع ظاہر کرتا ہے جبکہ یہ حالت پائی جائیگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۱)۔ پہلا موقع انبساط کے آغاز کے ذرا ہی بعد ہے، یعنی دوسری آواز کے بعد، جبکہ بطین کا مل طور پر مرتخی لیکن خالی ہوتا ہے اور اُذین اُس خون سے مطمئن ہوتا ہے جو پچھلے اُذینی انکماش کے وقت سے جمع ہو گیا ہے۔ دوسرا موقع خود اُذینی انکماش کے دوران میں ہوتا ہے، جبکہ دروں اُذینی فشار بہت بلند ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مطرائی ضیق میں دو عام ترین خریرات میں سے ایک تو وہ خریر ہے جو وسط انبساط کے اوائل میں ہوتی اور محض ایک سطر انبساطی خریر موسوم کی جاتی ہے (صفحہ ۱۰، ج، د اور س)، اور دوسری وہ قبل انکماش یا اُذینی انکماش خریر ہے جو انبساط کے خاتمہ کے قریب شروع ہو کر پہلی آواز میں ختم ہو جاتی ہے (ج اور د)۔ جب یہ خریرات ہلکے ایک ہو جاتے ہیں تو کامل انبساطی (full diastolic) کہلاتے ہیں (ب اور ج)۔ اس حقیقت کا تذکرہ پہلے ہی ہو چکا ہے کہ راس پر ایک متضا عفسد دوسری آواز کے مطرائی ضیق کے باعث ہوتی ہے۔ وہ اُسی طریق سے پیدا ہو جاتی ہے جس طرح کہ ایک وسط انبساطی خریر پیدا ہوتی ہے۔ بعض اوقات

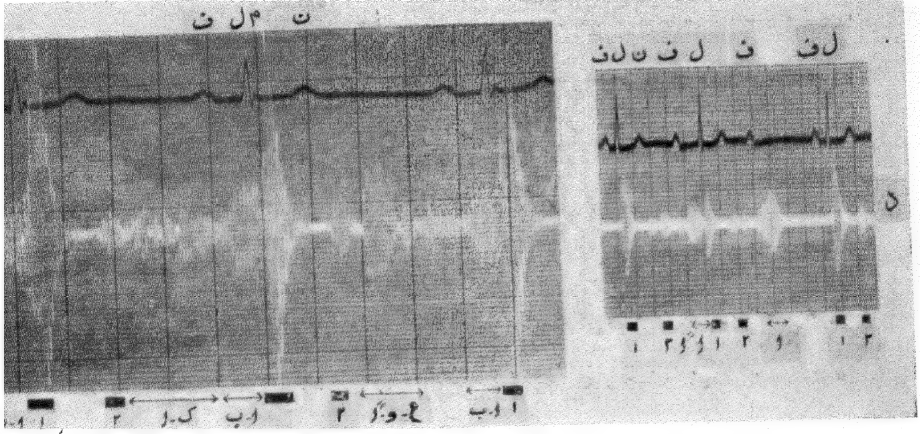
اصوات قلب کی تسجیل اور برقی قلب کھاتیں



الف۔ اوپری مشین سے حریر اب پہلی آوار کی سمانے ایک الگمانی حریر (۱۲) موجود ہے اور دوسری آوار (۲) کے فی الفور بعد ایک کمزور ابساطی حریر (۱) ہے۔

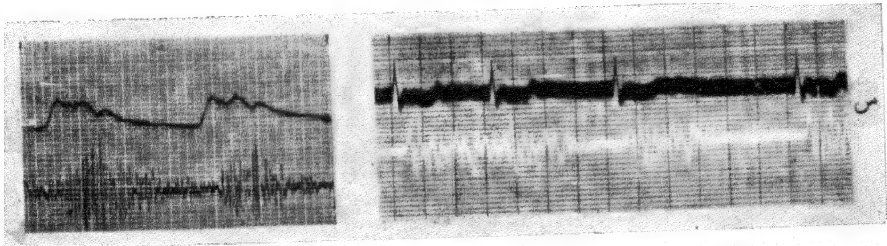


ب۔ مطرانی صیق اور باز روی۔ ب میں آواریں راس القلب (apex) کے ذرا اندر کی طرف منجھل گئی ہیں پہلی آواز بلند ہے اور ایک الگمانی حریر موجود ہے۔ دوسری آوار اور کامل ابساطی حریر بھی ظاہر گئی ہے ب میں آواریں ریوی رتبہ کے اوپر تسجیل گئی ہیں۔ پہلی آوار کمزور ہے اور دوسری آواز معجم ہے۔
 سال ۱۳۲۰



ح۔ مطرانی ضیق۔ ل ۱ کامل امساطی خبر۔ ۱۔ ۱۰ صاعدہ اذنی الکاشی خبر۔ ع۔ و۔ ۱۰ عاقل وسط امساطی خبر جس کے بعد ایک خاموش وقفہ ہے۔

۵۔ مطرانی ضیق اور جروی مسرودی قلب۔ ف ل فاصلہ بتدیر کچ بڑھ جانا ہے 'ہما سک کہ ایک ضرب سافطہ ہوا قی ہے۔ پہلی آوازیں ترسیم کے شروع اور آخر میں محم ہوا قی میں اور ایک جھوٹی سی اذنی انکاشی صاعدہ خبر موجود ہوتی ہے۔ دوسرے انکاشی پراذنی انکاشی خبر (۱) درپہلی آوار ایک دوسرے سے اسلئے جدا ہیں کہ ف ل فاصلہ طویل ہو گیا ہے۔ اسکے بعد جب بطین ضرب غائب ہوتی ہے 'تو اذنی انکاشی خبر نہ ہوا موجود ہوتی ہے۔ ۱۰ ماحصل وسط امساطی خبر۔



۶۔ بیس سوسا۔ سرینبی اصابت میں سانی بھن بھارس اور اصوات قلب لی سیل۔ ایک انکاشی خبر موجود ہے تو کہ انکاشی کے ختم پر ضرب بتینی کناؤ کے مفاصلہ منحنی ہے 'اور امساطی کے بیشتر حصہ میں جاری رہتی ہے۔
۷۔ ایک مطرانی ضیق اور بازروی اور اذنی رشتگی انقصاص کی اصوات میں انکاشی اور امساطی حریرات۔ پہلی دواور آخری دواور باک کے ساتھ جو حریرات پانی جانی ہیں وہ مسلسل ہوتی ہیں جب ضربات کے درمیان وقفہ طویل ہو جائے تو دواور انکاشیوں کے درمیان خاموش وقفہ درج کئے جاتے ہیں۔ (یہ نقصان و ڈاکٹر کرائس رامویل کے ادرجات سے لگی ہے)

جبکہ قلب تیزی کے ساتھ ضارب ہوتا ہے مطرانی ضیق میں ایک عاجل انبساطی خریزائی دیتی ہے ایسے ایک ایسی خور جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔

وسط انبساطی خور اپنی نوعیت میں نرم (soft) اور نفخی (blowing) اور بالکل مختصر (short) ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ قرقری (rumbling) ہو اور انبساط کے بیشتر حصے میں جاری رہے، اور یہ ایک بلند درجہ کی ضیق کی علامت ہے۔ اُذینی انکماش خور بتدریج بلند تر ہوتی جاتی ہے، اور ایک منغم (accentuated) پہلی آواز میں منغم ہوتی ہے۔ وہ ”ر-ر-رپ“ (“r-r-rup”) سے ظاہر کی جاسکتی ہے۔ وسط انبساطی اور اُذینی انکماش خریزات دونوں کا ایک ہی وقت میں موجود ملنا ممکن ہے (ج اور د)، یا ممکن ہے کہ ایک اُذینی انکماش خور ایک متضاعف دوسری آواز کے ساتھ ہو۔

یہاں جو کچھ اُدرلی اور مطرانی مصراعات کے متعلق بیان کیا گیا ہے وہی بتبدیلی الفاظ ریوی اور مثلثی مصراعات کے متعلق کہا جاسکتا ہے۔ خریزات کا تعلق قلب کی لے کے ساتھ اور اُس میں سے خون کے بہاؤ کے ساتھ کیا ہے یہ ذیل میں بصورت جدول اس طرح ظاہر کیا جاسکتا ہے:-

دھند	ضرد	خور
اُدرلی	تسدو	انکماش
یا	بازروی	انبساطی
ریوی	تسدو	عاجل
مطرانی		انبساطی
یا	بازروی	عاجل
مثلثی		انکماش

انہیں سے ریوی بازروی (pulmonary regurgitant) کے خریزات اور مثلثی تسدو (tricuspid osbtructive) کے خریزات نہایت شاذ ہیں۔ اور ریوی تسدو کے خریزات بقیہ پانچ کی نسبت نادر وقوع ہوتے ہیں، تاہم ریوی شریان کے خطہ پر ایک انکماش خور کا، خون کی مقدار یا صفت کے تغیرات کے ساتھ پایا جانا

بالکل عام ہے، اور اُسے دُموی خریہ (haemic murmur) کہتے ہیں۔

یہ امر ظاہر ہے کہ مندرجہ بالا آٹھ امکانی ضربات (چار دھنوں میں سے ہر ایک) تہذیباً باز روی (محض ان کے خریات اور قلب کی آوازوں کے باہمی تعلق پر سے نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ لیکن ہمیں پیش قلبی رقبہ کے اُن مختلف نقطوں سے جن پر وہ بہترین سُننے جاتے ہیں، اُن کے تمیز کرنے میں مدد ملتی ہے۔ یہ نقطے سطح کے نیچے مصراع کی اصلی جگہ سے نہیں متعین ہوتے، بلکہ دھن سے گذر کر پہنچنے والے خون کی رو کی سمت سے اور اُس سمت سے جس میں صوتی ارتعاشات پیدا ہوتے ہیں متعین ہوتے ہیں۔ خون کا بہاؤ جو اُورطی میں وسط قفس سے دائیں ترقوی ہڈی کی طرف ریوی شریان میں قفس سے اوپر کی طرف بائیں رُخ میں، اور قلب میں اُذین سے بطین میں ہوتا ہے، ہر خریہ کو ایک خاص راستہ سے منتقل کرتا ہے۔ اور باز روی کے خریات (regurgitant murmurs) کی صورت میں خون کی باز روی (reflux) اُورطی مصراعوں میں سے بطین میں، اور مطرائی مصراعوں میں سے اُذین میں، ایسے ہی طریقہ سے عمل کرتی ہے۔ رقبہ (area) کی اصطلاح (مطرائی رقبہ، اُورطی رقبہ) کا اطلاق اکثر پیش قلب (præcordia) یا متصلہ دیوارِ صدر کے اُس حصہ پر کیا جاتا ہے جہاں ایک خاص خریہ عموماً سُننی جاتی ہے، اور مصراعِ مرض کے لئے استماعِ قلب کرتے وقت ان رقبوں کا یکے بعد دیگرے امتحان کرنا چاہئے۔

اُورطی قفس کے خریات سب سے زیادہ شدت کے ساتھ دوسری دائیں ضلعی کُڑی اور عظم القفس کے مقامِ اتصال پر، اور دوسری دائیں بنِ ضلعی فضا کی انتہا (اُورطی رقبہ) پر سُنائی دیتے ہیں۔ اُن کا تعاقب اوپر کی طرف دائیں ترقوی ہڈی کے اندرونی نصف کی جانب، اور گردن کے عروق میں کیا جاسکتا ہے، اور بعض اوقات وہ دائیں فوق الشوکہ حفہ (supraspinous fossa) میں سُنائی دیتے ہیں۔

اُورطی باز روی کے خریات اُورطی رقبہ پر سُنے جاتے ہیں۔ نیچے اُن کا تعاقب عظم القفس یا اُس کی بائیں ہاتھ والی جانب کے برابر برابر، راسِ قلب کے رُخ میں کیا جاسکتا ہے، یعنی خون کی باز رو دھار کے خط کے ساتھ ساتھ۔ وہ عموماً

عظم القص کے بائیں جانب بلند ترین ہوتے ہیں، اور بعض اوقات صرف یہی وہ جگہ ہوتی ہے جہاں وہ ٹھنے جاسکتے ہیں۔

مطرائی تسلسلہ کے خریات صدر کے ساتھ صدم القلب کا ہونقہ ہے۔ اس (مطرائی رقبہ) پر سب سے زیادہ بلند سنائی دیتے ہیں۔ گو بعض اوقات وہ اس نقطہ اور عظم القص کے درمیان کم و بیش سموع ہوتے ہیں، وہ اس پر ہمیشہ بہترین سنائی دیتے ہیں، اور اکثر ایک یا ڈیڑھ انچ کے رقبہ پر سمعی کے ساتھ محدود ہوتے ہیں۔ سماع الصدر کو نہ صرف اس مقام پر رکھنا چاہئے کہ جہاں صدم کو طبعاً ملتا ہے بلکہ ہمیشہ حقیقی ضرب قلب پر رکھنا چاہئے جو کہ امتحان سے معلوم ہوتی ہے۔ اگر صرف ہلکا دباؤ ہی کام میں لایا جائے تو وہ بہترین سنائی دیتے ہیں۔

222

مطرائی بازروی کے خریات بیشتر اس قلب پر سب سے زیادہ شدت کے ساتھ سنائی دیتے ہیں، لیکن وہ عموماً پیش قلب پر سے عظم القص اور قاعدہ قلب کی طرف وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ بالعموم وہ بائیں جانب کو تعاقب کرنے پر زیادہ زور سے سنائی دیتے ہیں۔ بغل میں اکثر اٹن کی بلندی جاتی رہتی ہے، لیکن وہ بائیں عظم الکنت کے زاویہ پر پھر سنائی دینے لگتے ہیں۔

ریوی تسلسلہ کے خریات بڑی شدت کے ساتھ دوسری بائیں بن ضلعی فضا میں اس کے اندرونی حصے (ریوی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں، اور اٹھا تعاقب اس فضا میں باہر کی طرف، اور اوپر بائیں ترقوہ کی طرف کیا جاسکتا ہے۔ ریوی بازروی کے خریات تیسری بائیں ضلعی کڑی کے عظم القص کے ساتھ اتصال کے مقام پر، اور وہاں سے نیچے کی طرف دائیں بطن پر، عظم القص کے بائیں کنارے کے برابر برابر سنائی دیتے ہیں۔

مُثلثی تسلسلہ کے خریات بعض اوقات (مطرائی تسلسلہ کے خریات کی طرح) ایک قبل انکاشی یا وسط انبساطی لے کے ساتھ عظم القص کے بائیں جانب، اس کے اور چوتھی ضلعی کڑی کے مقام اتصال پر سنائی دیتے ہیں۔

مُثلثی بازروی کے خریات عظم القص کے زیرین نصف پر، اس رقبہ پر سنائی دیتے ہیں جو قلب کے اس حصے کے ساتھ خاصے قریبی طور پر منظر

ہوتا ہے جو دونوں پھیپھڑوں کے درمیان کھلا ہوا رہ جاتا ہے لیکن وہ اکثر غصہ و غمی خیزی کے قاعدے (مُشَلَّتَنی رقبہ) پر محدود ہوتے ہیں۔

قلب کے پیدائشی نقائص اور اورطی انورسما کے باعث پیدا ہونے والے خیرات بعد میں بیان کئے جائیں گے۔

خیرات کی نوعیت - آواز کی نوعیت اکثر اوقات نفی (blowing) اور بعض اوقات ریلے جیسی (rushing)، آہ چلانے جیسی (sawing)، یا ریتنے جیسی (rasping) ہوتی ہے۔ بعض اوقات خیرات صریح موسیقی نوعیت رکھتے ہیں۔ مصراع کے نیم علامہ شدہ ٹکڑے جو دموی رو میں کھیلنے ہوں، مصراعوں کے انشابات اور ذیلیے اجبال وتری (chordae tendinae) بعض اوقات ایسے ہی خیرات پیدا کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک خیر، جو گو موسیقی نہیں ہوتی، ایک نقطہ پر اس ارتفاع (pitch) کی نسبت ایک مختلف ارتفاع (pitch) رکھتی ہے جو کہ وہ ایک انچہ فاصلہ پر رکھتی ہے۔

فالتا خون کی روؤں کی رفتار (velocity) پر جاذبہ (gravity) کے اثر سے، خیرات مریض کی وضع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ مثلاً لیٹی ہوئی وضع (recumbent position) میں اکثر اورطی مطرانی اور مُشَلَّتَنی انکماش خیرات کی بدی میں ایک زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس کھڑی وضع اکثر مطرانی تسد کے اور اورطی بازروی کے خیرات کی شدت کو بڑھا دیتی ہے۔ لیکن اس کے متعلق کوئی قطعی (hard and fast) قاعدہ مقرر نہیں ہے۔

خیرات کی اہمیت - یہ ایک حیرتناک امر ہے کہ خون جس راستہ (اور وہ، اُذین، بطین، نریان) میں سے ہو کر گزرتا ہے اُس کے قطر یہ (calibre) میں بڑے تغیرات موجود ہونے کے باوجود قلب میں کوئی خیرات عموماً نہیں پیدا ہوتے یہ تصور کر لینا آسان ہے کہ کوئی چھوٹا تغیر جو کوئی امراضیاتی اہمیت نہ رکھتا ہو صورت حال کو بالکل بدل دیتا اور ایک خیر پیدا کر دیتا ہے۔

دوران جنگ میں حاصل شدہ، خصوصاً لیوئس (Lewis) اور اُس کے رفقاء کے کار کے تجربہ کی بنا پر خیرات کی اہمیت کے متعلق خیالات بہت کچھ بدل گئے

ہیں۔ دستور یہ ہے کہ جس شخص میں انبساطی خیریات موجود ہوں، اور اُردلی بازروی یا مطرانی ضیق ظاہر کریں، اُسے ملازمت کے لئے زیادہ موزوں تصور نہ کیا جائے۔ تاہم انکماشِ خیر کی موجودگی کو بالکل نظر انداز کر دینا چاہئے، کیونکہ یہ پایا گیا ہے کہ جو اشخاص بالآخر ناقابلِ ثبات ہوتے ہیں اُن کا تناسب انکماشِ خیر رکھنے والوں میں بھی وہی ہوتا ہے جو کوئی خیر بالکل نہ رکھنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس کا سبب بلاشبہ یہی ہے کہ بظاہر تندرست اشخاص میں جو انکماشِ خیرات سنائی دیتے ہیں وہ بعض اوقات بردِ قلبی ہو سکتے ہیں، لیکن جب حقیقی مطرانی بازروی موجود ہو تو بعض اوقات اس ضرر کی توفیہ اتنی اچھی ہوتی ہے کہ دوسرے علامات کی غیر موجودگی میں قلب کی کارکردگی میں کوئی قابلِ شناخت فرق نہیں پایا جاتا۔

وہ خیریات جو کہ چار مصراعی دھنوں میں سے کسی ایک کے حقیقی مرض پر منحصر ہیں انہیں - مندرجہ بالا بیانات کا اطلاق اُن آوازوں پر ہے جو چار مصراعی دھنوں پر تسدات اور تراوشوں (leakages) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن پیش قلبی رقبہ پر ایسی غیر طبعی آوازیں بھی سنائی دیکتی ہیں جو دوسرے طریقوں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بعض وظیفی خیریاں (functional murmurs) کہلاتی ہیں، یہ مقابلہ اُن خیریات کے جو قلب کی ساخت کے مرض کے باعث ہوتی ہیں۔ دھوی خیریات (haemic murmurs) - عظیم الدم حالتوں میں جیسے کہ اخضریت (chlorosis) متلف عدمِ دمویت (pernicious anaemia) اور خون کے بڑے فیامات کے بعد رقبہ قلب پر ایک انکماشِ خیر سنائی دیتی ہے۔ یہ اپنی نوعیت میں اکثر کرخت (harsh) ہوتی ہے، اور دوسری بائیں بین ضلعی فضا میں بلند ترین سنائی دیتی ہے، اور اُس فضا کے برابر برابر باہر کی طرف اور بائیں ترقوہ ہڈی کی طرف اس کا تعاقب کیا جاسکتا ہے، جیسے ریوی ثریان میں خون کے بہاؤ کی سمت میں۔ یہ خیر اکثر لیٹی ہوئی وضع میں بلند ترین ہوتی ہے، اور مریض کے کمرے ہونے پر کم بلکہ بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ شدید عدمِ دمویت کی حالت میں بھی راس پر اور پیچھے بھی ایک خیر سنائی دیکتی ہے۔ اس کی ایک ممکن توضیح یہ ہے کہ عدمِ دمویت میں جوئے خون کی بڑھی ہوئی رفتار (جو بڑھے ہوئے دقتی جسم

“minute volume” کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے، ایک تلام انگیز حرکت یا خیر پیدا کر دیتی ہے۔

بروں قلبی خیریات (exocardial murmurs)۔ یہ نغنی نوعیت (blowing character) کی آوازیں ہیں، جو اندرون قلب کے تغیرات سے نہیں بلکہ آواز کے اُن ارتعاشات سے پیدا ہو جاتی ہیں جو قلب سے باہر نمودار ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض ہر ضرب کے وقت جسامت قلب کے بدل جانے کے باعث ہوتی ہیں، جس سے شش کے متصلہ حصہ میں ہوا کے حرکات نمودار ہو کر قلبی لے کے ساتھ مختصر تنفسی آوازوں کا ایک سلسلہ قلبی ریوی (cardio-pulmonary) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان میں سے عام ترین ایک مختصر بلند ارتعاع (high-pitched) کی انکم شنی خیر ہوتی ہے، جو اکثر اس تک محدود ہوتی ہے اور عصبی المسراج (nervous) یا گھبرائے ہوئے (excited) اشخاص میں اُن کے قلبی استمان کے وقت سنائی دیتی ہے۔ ایسی خیر بعض اوقات پیچھے بائیں عظم الکتنف (scapula) پر اور سامنے بھی سنائی دیتی ہے۔ اگر یہ سماع الصدر کے سخت دباؤ سے غائب ہو جائے تو بعض لوگ اس کے بروں قلبی مبداء کو ثابت تصور کر سکتے ہیں۔ لیکن تاہم موری فک کی آوازیں (pericardial friction sounds) جو یقیناً قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں، اور غلطی سے اندرونی حروات (internal bruits) سمجھی جاسکتی ہیں، دباؤ سے اکثر زیادہ ہو جاتی ہیں۔ ایک انکم شنی راسی خیر، جو صرف دوران شہیق (inspiration) میں سنائی دے یا صرف اُس وقت تک سنائی دے جب تک کہ شش پھیلا ہوا رہے، غالباً اکثر قلبی ریوی ہوتی ہے۔

دوسرے بروں قلبی خیریات قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے پیدا ہو جاتے ہیں، جیسے کہ اُس وقت جبکہ وہ پھیلائی انصباب سے یا تشوہات (deformities) صدر سے مضبوط ہو جائے۔ اور دوسرے بروں قلبی خیریات قلب کے بالکل ہم پھلو اور زیادہ بائیں جانب پرکشش اور پٹیورا کی مرضی حالتوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات جبکہ ایک بڑا ریوی کہفہ قلب کے قریبی تماس میں ہو، نہایت غیر معمولی خیریات سنائی دیتے ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ ہر صدم القلب کے ساتھ ہوا کہفہ

یکایک باہر خارج ہو جاتی ہے۔

فرک کی آوازیں (friction sounds) - زگرڈ (rub) یا فرک کی آوازیں بروں قلبی آوازیں ہیں، جو قلب کی حرکتوں کے دوران میں ملہتے اور گھڑی تادموری سطحوں کے ایک دوسری پر حرکت کرنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ وہ ایسی نوعیت میں عموماً کرخت اور زگرڈار (rough and grating) ہوتی ہیں، اور اسی واسطے متذکرہ بالا نفی خبریات سے آسانی تمیز کی جاسکتی ہیں۔ تادموری زگرڈ (pericardial rub) ایک منفرد آواز، انکماش کے دوران میں ہو سکتی ہے، یا ایک دوسری آواز، جبکہ ایک آواز انکماش کے دوران میں اور دوسری انبساط کے دوران میں ہوتی ہے۔ یا وہ ایک تہری (triple) آواز ہوتی ہے جیسی کہ پہلو بدلنے کی آواز (shuffling) ہوتی ہے، جو نہایت تمیز ہوتی ہے۔ وہ عموماً قلب کی آوازوں کے ساتھ ہم زماں نہیں ہوتی، وہ پیش قلبی رقبہ کے تقریباً کسی بھی حصے میں شروع ہو جاتی ہے اور اُس کے سارے حصے پر پھیل سکتی ہے۔ بعض اوقات وہ سماع الصدر کے دباؤ سے زیادہ بلند ہو جاتی ہے پھیوڑائی تادموری فرک کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

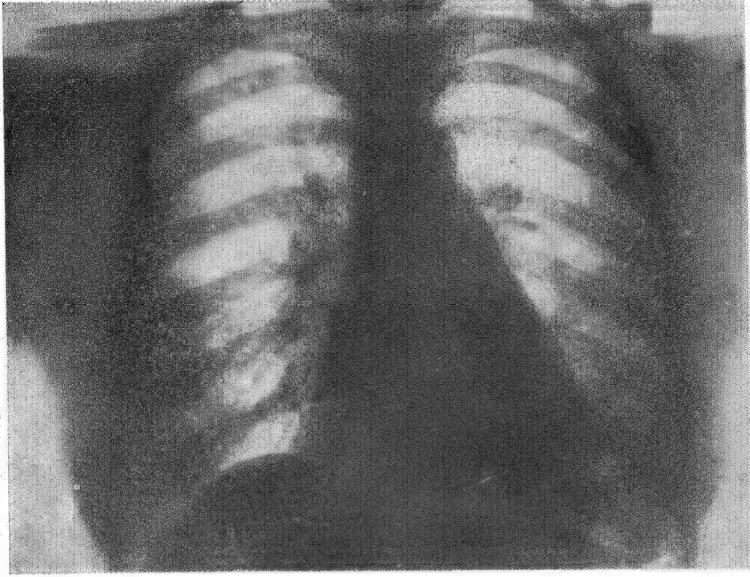
قلب کی قابلیتِ جہد کی تخمین

قلب کے تمام امتحانات میں سے اہم ترین، اُس کی محفوظ قوت کی تخمین ہے جس سے اُس کی اُس تمجیبت کا دریافت کرنا مراد ہے جو وہ ورزش و محنت کے بعد ظاہر کرتا ہے۔ یہ اپنی سادہ ترین شکل میں اس پر مشتمل ہے کہ مریض سے کوئی ورزش یا محنت، جیسے کہ جلد جلد چلنے، لیول پر یا زینہ پر دوڑنے یا ڈمبلز (dumb-bells) سے کوئی سادہ ورزش کرنے کو کہا جائے، اور پھر یہ مشاہدہ کیا جائے کہ آیا اُسکی سانس غیر معمولی طور پر پھول گئی ہے، یا وہ اُس محنت کے بعد خستہ ہو گیا ہے، آیا وہ زرد پڑ جاتا ہے، یا اُس کا بشرہ تشویشناک ہو گیا ہے، یا اُسے ذہبی درد (anginal pain) پیدا ہو جاتا ہے۔ اس تعلق میں مریض کی سرگزشت بھی نہایت اہمیت رکھتی ہے، مثلاً یہ کہ لڑکپن سے وہ مدرسہ کے کھیلوں میں حصہ لینے کے قابل کبھی نہ تھا، یا یہ کہ رشتہتی بخا یا انفلوئنزا یا خناق و بائی کا حملہ ہونے کے بعد سے وہ دوڑنے کے قابل کبھی نہ ہوا، یا یہ کہ

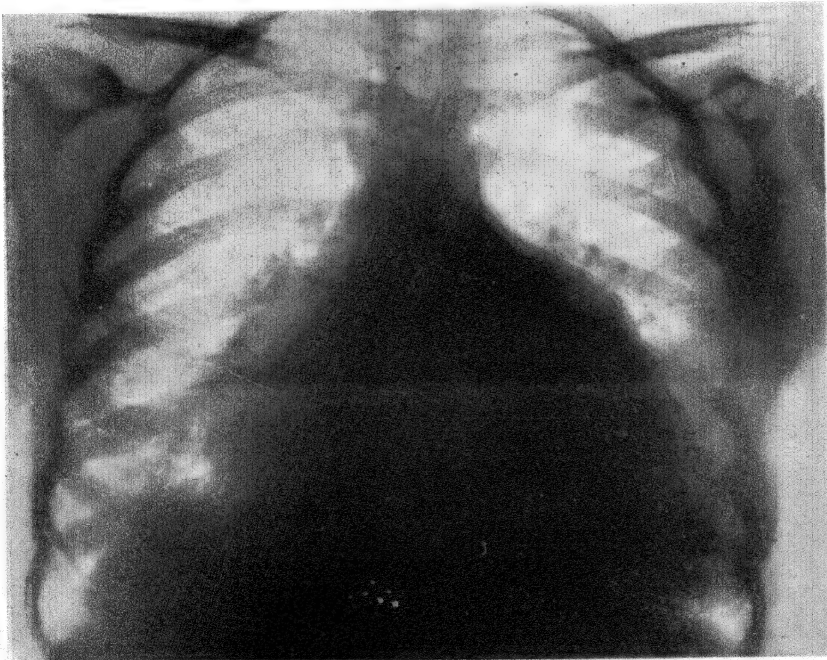
وہ ریل پر سوار ہونے کے لئے کبھی نہیں دوڑتا، کیونکہ اُس کی سانس پھول جاتی ہے یا یہ کہ وہ کبھی دوڑ کر زینہ پر نہیں چڑھتا، اور علیٰ ہذا العیاس۔

ورزش یا محنت کی طبیعت خوریات کی بلندی سے کوئی تعلق نہیں رکھتی۔ یہ حقیقت فوج کے لئے رنگروٹوں کے امتحان کے وقت مشاہدہ میں آئی۔ بہت سے ایسے آدمیوں میں بلند پیش قلبی خوریات پائے گئے، جو خود کو ہمیشہ تندرست سمجھتے رہے تھے، اور اُن کے قلوب نے ورزش کی بالکل طبعی طبیعت ظاہر کی۔ اس کے برعکس اُورطی باز روی کی اصابتوں میں شدید ترین امائیں اکثر نرم ترین خوریات ظاہر کرتی ہیں۔ قلب کی جسامت کی تخمینے اُس کی شکل سے اور عضلہ قلب کی بیش پروردگی کی مقدار سے تعویض طلب ضرر کی وسعت کا بہتر اندازہ حاصل ہو سکے گا۔ جس اور قروح سے کام لیا جاسکتا ہے، لیکن لاشعاعوں سے نہایت یقینی معلومات حاصل ہو سکتے ہیں۔ پیمائشیں صحیح دروں محاسری طور پر (orthodiagraphically) یعنی چاہئیں۔

مرعوم ڈاکٹر جی۔ ایچ ہنٹ (G. H. Hunt) جنہوں نے ورزش کے پہلے اور اس کے بعد شرح نبض پر کثیر التعداد مشاہدات کئے، یقین رکھتے تھے کہ یہ مرض کی حالت میں قلب کی کارکردگی کی تخمین کے لئے مفید ہے۔ ایک معینہ مقدار کے کام کی موقوفی کے عین بعد پہلے دو منٹوں کے دوران میں ضربات قلب کی تعداد شمار کی جاتی ہے اور اُس کا مقابلہ بحالت آرام دریافت کردہ نبض کی شرح سے کیا جاتا ہے اور ایک نسبت قائم کی جاتی ہے۔ مثلاً یہ فرض کیا جائے کہ شرح نبض بحالت آرام ۷۰ تھی اور ورزش کے بعد ۱۶۰ ضربات شمار کئے گئے، تو نسبت ۲۵۲۹ ہوگی ورزش ایک ۱۳ اینچ بلند بیڑمی (قدم) سے چڑھنے اور اترنے پر متزلزل ہوتی ہے۔ طبعی تربیت یافتہ افراد میں جب وہ اس ورزش کو فی منٹ تیس بار کے حساب سے تین منٹ تک تمام دیتے ہیں تو نبض کی نسبت تقریباً ۲۵۵ ہوتی ہے۔ مریض کے لئے یہ ورزش اس طرح منتخب کی جاتی ہے (مثلاً دس، پندرہ، یا بیس سیڑھیاں فی منٹ، تین منٹوں کے لئے) کہ جس سے نبض کی نسبت ۲۵۵ پائی جائے۔ فرض کیجئے کہ شرح ۲۰ تھی، تو پھر کارکردگی ۱/۲ شمار کی جاتی ہے، یعنی طبعی کی ۱/۲۔ لیکن اُس شرح کا لحاظ رکھنا بھی مناسب ہے کہ جس پر نبض ورزش کے بعد کم ہو جاتی ہے۔



الف۔ معتدل درجہ کامطرافی ضیق۔ ملاحظہ ہو کہ بائیں طرف اور طی و گیا کے نیچے قلب کا کنارہ سیدھا ہے۔



ب۔ ترقی یافتہ کامطرافی ضیق۔ ملاحظہ ہو کہ بائیں کنارہ پر اور طی و گیا مفقود ہے اور ریوی قمع متسع ہے۔ دائیں کنارے پر جو ہلکا رقبہ ہے ممکن ہے وہ دائیں طرف کو پھیلا ہوا بایاں اذین ہو۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈے سے لاک نئے لی ہیں)

لاشعاعوں کی مدد سے قلب کا امتحان

اس ذریعہ سے جسامت قلب کی ٹھیک تعین کی جاسکتی ہے۔ یہ طریقہ نفاخ کی اصابعوں میں خاص اہمیت رکھتا ہے، کہ جن میں قریع عموماً غیر معتبر ہوتا ہے۔ چونکہ شعاعیں ضد زیر برقیرہ (anticathode) سے منعکس ہو کر ایک نقطہ سے خارج ہوتی ہیں، لہذا وہ متوازی نہیں ہوتیں، اور اس واسطے پردے پر کا سایہ اُس سے بڑا ہوتا ہے جتنا کہ قلب حقیقتہً ہے۔ اس کی اصلاح کے لئے قلب کی پیمائش صحیح ”روں نگاری طور پر“ (orthodiagraphically) کرنی چاہئے۔ ڈانفرام کو نیچے روک دیا جاتا ہے، اور نلی کو ادھر ادھر حرکت دی جاتی ہے، جس سے قلب کی کوبیں پردے پر تنگ میدان کے وسط میں نظر آتی اور نمایاں ہوتی ہیں۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو نلی کے سامنے ۶ فیٹ پر رکھ کر شعاع نگارش (radiogram) لی جائے۔ اس فاصلہ پر شعاعوں کا انفراج اس قدر ہوگا کہ کوئی شدت غلطی پیدا نہیں ہو سکتی۔

اگرچہ لاشعاعوں سے قلب کا امتحان ایک بہت وسیع مونسوع ہے اور یہاں اُسکی پوری بحث درج نہیں کی جاسکتی، تاہم چند نسبت زیادہ اہم امور کا تذکرہ کیا جاتا ہے۔

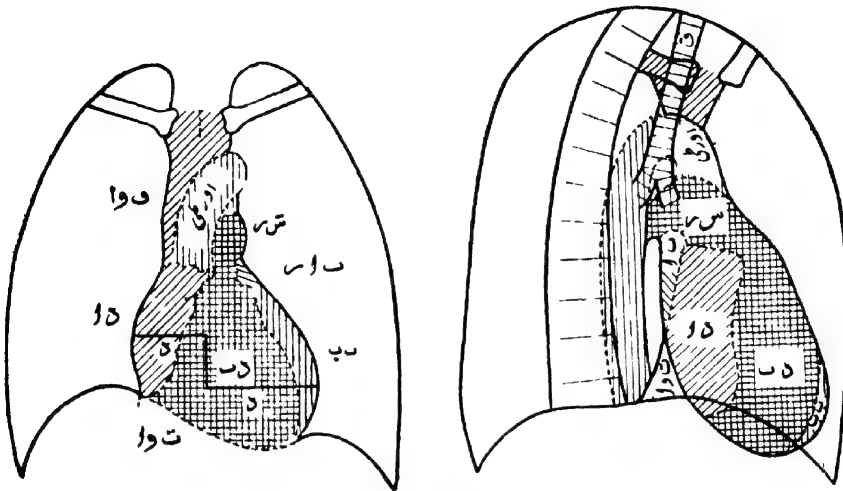
شکل ۱۲ میں (۱) طبعی قلب کی شکل اور وضع نگارشیخ ظاہر کرتی ہے، دیکھو اور طبعی محراب اوپر کو دائیں طرف بروز کرنے والا ایک نمایاں ڈگیا (knuckle) بناتی ہے۔
(۲) اسوقت جبکہ مریض دائیں اگلی ترچھی وضع میں ہو، شعاعیں پشت سے سامنے آرہی ہوں، طبعی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔

صفحہ ۱۱ (مطرافی ضیق) میں شکل نمبر ۱۰ اور طبعی ڈگیا جیسا کہ طبعی حالات میں ہوتا ہے کوئی نہیں ہے۔ اس سے ذرا نیچے جو اتساع ہے وہ بائیں اذینی ضمیمہ کے اتساع کی وجہ سے نہیں ہے، جو کہ ہمیشہ بہت چھوٹا رہتا ہے، بلکہ یہ ریوی شریان کے قمع کی وجہ سے ہے جو کہ تنوع ہوتا ہے اور اکثر ایک ابھار پیدا کر دیتا ہے، لیکن بائیں بطن معمول کی نسبت چھوٹا ہے، لہذا اس کو کیلا ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے اور قلب کا بائیں کنارہ

معمول کی نسبت زیادہ انتصابی ہے۔ اذین قسح ہوتے ہیں اذید امریریم نکلنے کے بعد ترجیحی وضع میں جیسا کہ (۲) میں بخوبی نظر آتا ہے۔ مری منحنی ہو جاتی ہے۔ بایاں اذین بسا اوقات بہت ہی قسح ہوتا ہے (انورسانی اتساع) اور دائیں طرف اس سے زیادہ پھیلا ہوتا ہے کہ جتنا بایاں اذین۔

صفحہ ۱۲ الف میں جو تعویض یافتہ (compensated) اور طی باز روی کی ایک اصابت ظاہر کرتا ہے، بایاں بطین گول اور اس نیچے اور باہر کی طرف ہٹا ہوا ہے اس پر بکثرت نبضان ہے۔ اور طی قسح ہے اور گیا (knuckle) بہت ہی نمایاں خالص پیدائشی ریویضیق میں دایاں بطین بیش پروردہ اور دایاں اذین قسح، اور بایاں بطین باہر کی طرف ہٹا ہوا اور بالکل چھوٹا ہے (صفحہ ۱۲، ب)۔ اکثر ریویضیق ثریان کا مبداء قسح ہوتا ہے، لیکن اس کا سبب غیر واضح ہے۔ جب فاصل بھی نامکمل ہوتا ہے تو قلب کی شکل طبعی ہوتی ہے، اگرچہ وہ بڑی ہوتی ہے۔

اس کی تعین میں بھی کہ آیا قلب غیر معمولی طور پر بڑا ہے، صمیع دروں نگاری پیمائشیں مفید ہیں، جو ایک معمولی لاشماعی منصوب (X-ray installation) سے بالکل آسانی سے حاصل کی جاسکتی ہیں۔ بہترین پیمائش جولی جاتی ہے عرضی چوڑائی ہے جو کہ شکل ۱۲ (۱) میں دو ٹکڑوں ۵ اور ۷ سے بنی ہوئی ہے۔ مطلوبہ نقطوں کے مقام کی تعین دشوار ہونے کی وجہ سے طولی پیمائش عموماً اتنی تسلی بخش نہیں ہوتی۔ طبعی قدروں کا انحصار فرد کے وزن پر رہتا ہے۔ رائل ایئر فورس (Royal air force) سے لئے ہوئے اٹھارہ اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان بہترین نتائج کا حساب جدول میں خاص طور پر لگایا گیا ہے (63)۔ قلب کا عرضی قطر، لائے پتلے لوگوں میں چھوٹا ہوتا ہے کیونکہ وہ انتصابی طور پر پڑا ہوتا ہے اور پس بکس فرض کرو کہ قطر اقل سے ذرا کم ہے، اور موضوع کا وزن، جیسا کہ اس کی لمبائی سے اندازہ لگایا گیا ہے (ملاحظہ ہو جدول صفحہ 472)، اوسط سے کم ہے، ایسی صورت میں موضوع کو طبعی سمجھنا چاہئے۔ جب موضوع کا وزن اندازہ لگائے ہوئے وزن سے زیادہ ہو تو اعظم کی صولت میں بھی ایسی ہی رعایت کرنی ضروری ہے۔



شکل ۱۲

(۱) قلب کی تسامیاتی تشیخ - مقدم
(۲) دائیں مقدم تریچی (جے - پائکسن) -

ٹریڈ گولڈ اور برٹن

(Treadgold and Burton)

قلب کی سائز (د + د)			وزن (پونڈوں میں)
اعلیٰ	اوسط	اعلیٰ	
۱۵	۱۳.۶	۱۲.۳	۲۰۰
۱۴.۶	۱۳.۳	۱۲	۱۹۰
۱۴.۲	۱۲.۹	۱۱.۶	۱۸۰
۱۳.۸	۱۲.۶	۱۱.۳	۱۷۰
۱۳.۵	۱۲.۲	۱۱	۱۶۰
۱۳.۱	۱۱.۹	۱۰.۶	۱۵۰
۱۲.۷	۱۱.۵	۱۰.۳	۱۴۰
۱۲.۳	۱۱.۱	۱۰.۱	۱۳۰
۱۲.۰	۱۰.۸	۹.۷	۱۲۰
۱۱.۶	۱۰.۴	۹.۳	۱۱۰
۱۱.۳	۱۰.۱	۹.۱	۱۰۰ (قیاس کردہ)

عروق دمویہ کا امتحان

نبض کعبری

(radial pulse)

226

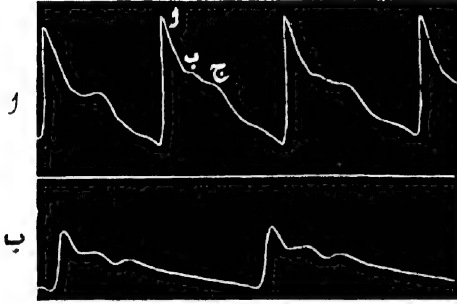
نبض قلب کے فعل اور دوران خون کی حالت معلوم کرنے کا ایک اہم ذریعہ ہے۔ نص کعبری پر مشاہدات کے لئے کلائی میں کعبری شریان (radial artery) نہایت عام طور پر کام میں لائی جاتی ہے۔ لیکن نبض کا امتحان دوسرے مقامات میں بھی کیا جاتا ہے، مثلاً زندی شریان (ulnar artery) میں کلائی میں، عضدی شریان (brachial artery) میں بازو میں، سباتی شریان (carotid) میں غصوف درقی (thyroid cartilage) کے پہلو میں، وجہی شریان (facial artery) میں اس مقام پر کہ جہاں وہ نیچے کے جبرے کے گرد گھومتی ہے، اوپری صدغی شریان (superficial temporal artery) میں کان کے اوپر، فخذی شریان (femoral artery) میں ٹوپا پارٹ کے رباط کے نیچے، پچھلی نصبتی شریان (posterior tibial artery) میں اندرونی کعبیہ (internal malleolus) کے پیچھے، اور ظہری قدیمی شریان (dorsalis pedis) میں پہلی بعد حارتی (metatarsal) ہڈی کے قاعدے کے قریب۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کعبری شریان ہمیشہ ہی اپنے طبعی مقام پر نہیں رہتی، بلکہ بعض اوقات کعبہ (radius) پر گھوم کر کلائی کے جوڑے سے ایک یا دو انچ اوپر کلائی کی پشت پر چلی جاتی ہے، اور ایسا ایک یا دونوں طرف ہونا ممکن ہے۔ نسبتاً نادر مثالوں میں کعبری شریان غیر معمولی طور پر چھوٹی ہوتی ہے اور اسکی تعویض رفیق وسطی شریان (comes nervi mediani) اپنی غیر معمولی جسامت سے کر دیتی ہے۔

نبض میں امور ذیل نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں :-

شرح نبض اور توازن۔ شرح نبض یا نبض کا تواتر اور اس کی

یا نظم دونوں قلب کے فعل پر اس قدر کئی طور پر انحصار رکھتے ہیں کہ اُن کے تغیرات پر اُسی وقت غور کرنا بہتر ہوگا جبکہ فعل قلب کی غیر طبعی حالتوں سے بحث ہوگی۔ یہاں اسی قدر بیان کر دینا کافی ہے کہ طبعی طور پر قلب ایک منٹ میں تقریباً ستر بار منظم طور پر ضرب لگاتا ہے، جس میں پچاس اور انسی کے درمیان اختلافات ہوتے ہیں۔ یہ کہ نبض کُجری کی موج، صدم القلب (impulse of the heart) سے نسبتاً معتد بہ عرصہ کے بعد محسوس ہوتی ہے۔ اور یہ کہ اگر کسی وجہ سے بطن کے انقباضات اور طی کے مصراعوں کی راہ سے کوئی خون خارج نہ کریں تو نبض کی ضربات بطن کے انقباضات کی نسبت، تعداد میں کم ہو جاتی ہیں۔



شکل ۱۳ الف۔ طبعی نرم نبض۔ دباؤ ۲ اونس۔ ب۔ نبض کی صلب نبض۔

نبضان (pulsation)
کی مقدار اور زرق (ضغط النبض)

(pulse pressure)۔ اس کی

تعیین کا طریقہ یہ ہے کہ شریان پر اُنکلی کا دباؤ بڑھاتے جائیں تاکہ اتم نبضان محسوس ہو۔ آخر الذکر ضغط النبض کا نمائندہ ہے۔

نبض سریع (pulsus celer)

میں یہ دباؤ بہ سرعت نمودار ہو جاتا

ہے (ملاحظہ ہو اور طی باز رو = aortic regurgitation)۔ نبض بطی (pulsus

tardus) میں یہ تاخیر کے ساتھ نمودار ہوتا ہے (ملاحظہ ہو ضیق الاورطی aortic

stenosis)۔ ضغط البص شریان کی جسامت کے ساتھ، خون کی اس مقدار کے ساتھ

جو ہر ضرب قلب کے ساتھ شریان کے اندر بھیجی جاتی ہے، اور اس سرعت کے ساتھ

کہ جس سے قلب خون کو اور طی کے اندر داخل کرتا ہے، اختلاف پذیر ہوتا ہے۔

جب ضغط البص قابل اطمینان ہو تو نبض کو بعض اوقات ممتلئ (full)، کبیر

(large) یا منتشر (bounding) کہتے ہیں۔ جب ضغط النبض کم درجہ کا ہو تو نبض کو صغیر

(small) کہتے ہیں۔

ایک غیر منظم نبض میں ضربات عموماً اپنے نبضان کی مقدار میں، نیز اپنے وقوع کے وقت میں اختلاف پذیر ہوتے ہیں، کیونکہ ایک طویل انبساطی (diastolic) عرصہ سے بطن کے اندر زیادہ خون جمع ہونے کے لئے وقت ملتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر قلب اطمینان بخش طریقہ سے نبض لگاتا رہے تو آئندہ ضرب کے ساتھ اور ملی مصراع کی راہ سے زیادہ خون خارج ہوگا (ملاحظہ ہو شکل ۲۶ اور ۲۷ صفحہ 237 پر)۔

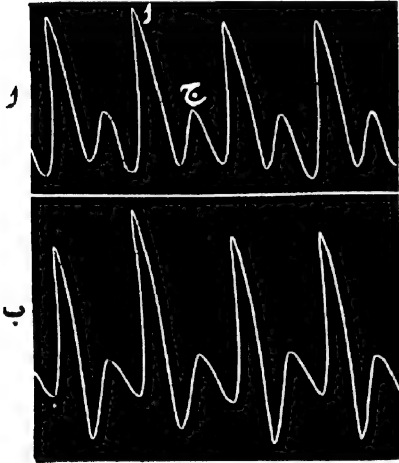
نبض متناقض (pulsus paradoxus) میں دورانِ شہیق میں نبض کی بہت تخفیف یا کلی غیر موجودگی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ نشا زہوتی ہے، لیکن کئی حالتوں کے تحت واقع ہو سکتی ہے، جیسے کہ الہنابِ اسطی ونا موری (mediastino-pericarditis) الہنابِ تا، مور (pericarditis)، واسطی سلمہ، شدید کمزوری قلب، پلیورائی انصباب، یا ہوائی گندھا ہوں کے تسدرد (obstruction) میں۔ نبض کے حجم کا تذکرہ صفحہ 223 پر کیا گیا ہے۔

227

تشریاتی دیوار۔ اگر نبض کو اٹھکی کے دباؤ سے روکا جائے اور خون سے خالی کر دیا جائے تو اسے بحالتِ صحت شاذ ہی ایک جداگانہ ساخت کے طور پر محسوس ہونا چاہئے۔ لیکن اگر وہ تشریاتی تصلب (arterio-sclerosis) کی وجہ سے دبیز یا استوار ہو گئی ہے تو باسانی محسوس ہو جاتی ہے۔ اور اگر اُس میں انتہا درجہ کی تکلیس ہو گئی ہے تو رگ کی لمبائی پر اٹھکی اوپر اور نیچے پھیرنے سے کلسی جماؤ کی ناہمواریاں محسوس کی جاسکتی ہیں۔

نبض کی سختی تشریاتی دباؤ (arterial pressure)۔ اگر تشریان پر اٹھکی بڑھتے ہوئے زور کے ساتھ دبائی جائے تو بالآخر خون کا بہاؤ موقوف ہو جاتا ہے۔ بہترین یہ ہے کہ تشریان کو بائیں ہاتھ کی انگشتِ شہادت سے دبایا جائے، اور دوسرے ہاتھ کی انگشتِ شہادت نیچے رکھ دی جائے تاکہ اُس سے معلوم ہو جائے کہ نبض کب رکتی ہے۔ اس ہاتھ کی دوسری انگلیاں تشریان پر اور آگے بڑھ کر دبائی جائیں تاکہ تشریاتی قنات (arterial anastomoses) کی وساطت سے نیچے سے کوئی نبض اوپر کو نہ آنے پائے۔ وہ نبضیں جن میں خفیف سا دباؤ کافی ہولیتن (soft) یا ضغط پذیر (compressible) کہلاتی ہیں، اور وہ جن میں زیادہ دباؤ کی ضرورت ہو

صلب (hard) یا مضطرب (incompressible) ناپذیر (incompressible) انگلی کے دباؤ سے نبض موقوف ہو جانے کے بعد اگر انگلی کو آہستگی کے ساتھ اٹھایا جائے تو نبض صلب کی حالت میں خون انگلی کے نیچے اس سے بہت زیادہ قوت کے ساتھ گزرتا ہوا محسوس ہوگا کہ جتنا وہ نبض لیتن کی حالت میں گزرتا ہے۔ صلابت نبض اور مضطرب نبض بلا ایک دوسرے پر منحصر ہوئے اختلاف پذیر ہو سکتے ہیں۔ اوسط انبساطی ضغط (mean diastolic pressure) کا اندازہ اس ضغط یا دباؤ کو نوٹ کر کے کیا جاسکتا ہے جو علم نبضان حاصل کرنے کے لئے انگلی کو شریان پر لگانا پڑے۔



اگرچہ یہ امور ایک تربیت یافتہ طبیب کی انگلی سے ایک خاص حد تک شناخت ہو سکتے ہیں، تاہم زیادہ دقیق تفصیلات صرف آلات کے ذریعہ سے معلوم ہو سکتے ہیں جنہیں سسٹمیک سفاگراف (sphygmograph) اور ضغط النبض یا سفاگرومانومٹر (sphygmomanometer) کا استعمال عام ہے۔

نبض سفاگراف (sphygmograph) - اس آلہ میں ایک ہلکی کمافی کجری شریان کو دباتی ہے، اور شریانی دیوار کی حرکت ایک بیرم کو منتقل ہو جاتی ہے۔ اور اس میں ایک باریک نوک لگی ہوئی ہوتی ہے، جو تکبیر یافتہ

شکل ۱۳۔ الفدفر بتینی نبض تپ میں۔ تپش ۱۰۲، ۲۔ ب۔ تپش ضربتی نبض تپ میں (تپ محرق)۔ تپش ۱۰۳۔

(magnified) حرکات کی ترسیم ایک سیاہ کاغذ پر کر دیتی ہے، جو ایک گھڑی کل (clockwork) کے ذریعہ آفاقی حرکت کرتا رہتا ہے۔ شریان پر کمسانی کا ضغط (pressure) جو صحیح انداز حاصل کرنے کے لئے ضروری ہے ہر حالت کے ساتھ مختلف ہوتا ہے، اور بہترین آلات وہ ہیں جو استعمال کردہ ضغط کی مقدار کی تسجیل اونسوں (ounces) میں کرتے ہیں۔

تواتر اور نظم (regularity) کے علاوہ، جو فی الفور محسوس کئے جاسکتے ہیں، اندراج کے دوسرے خصوصیات بھی ہیں جن کے لئے خاص مطالعہ کی ضرورت ہے۔ نبض ثریائی کی ہر ضرب کی ترکیب میں (ملاحظہ ہو شکل ۱۳) ایک تیز و صاعد (upstroke) ہوتا ہے، جو غیر منقطع اور تقریباً انتصابی ہوتا ہے۔ اور ایک تیز و نازل (downstroke) جو توجہا ہوتا ہے، اور ایک یا دو ارتفاعات سے منقطع (interrupted) ہوتا ہے جبکہ درمیان نشیب حاصل ہوتے ہیں۔

جزو صاعد (upstroke) دباؤ کی زیادتی کا نمائندہ ہے، جو بائیں بطن کے انقباض کے باعث ہوتی ہے، جبکہ وہ بطنیں اُپرلی کے اندر خون کو دھکیلتا ہے۔ دباؤ کی یہ موج بہ سرعت مصلیٰ ثرایین میں منتقل ہو جاتی ہے اس جزو صاعد (upstroke) کے راس کو موج القراع (percussion wave) کہتے ہیں۔ اس کی بلندی بطنی انقباض سے خارج شدہ خون کی مقدار سے متناسب ہوتی ہے، اور انقباض کی سرعت یا فحاشیت (suddenness) ضربی جزو (stroke) کے انتصابی فتر سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بلندی اُس وقت بھی زیادہ ہوتی ہے جبکہ ثریائی دیوار لٹم (yielding) ہو، اور اُس وقت کم ہوتی ہے جبکہ ثریائی دیوار تنیدہ (tense) اور مدافع (resistant) ہو۔ اشکال ۱۳ الف اور ب اور ۱۴ الف اور ب کا اشکال ۱۵ الف، ب، ج سے مقابلہ کرو۔

228

جزو نازل (downstroke) کے فتر پر کے ارتفاعات میں سب سے زیادہ مستقل ضربی موج (dirotic wave) ہے (شکل ۱۳ الف ج، شکل ۱۴ الف ج، شکل ۱۵ الف ج)۔ یہ بیشتر نبضوں میں موجود ہوتی ہے۔ جب یہ نہایت نمایاں ہو، جیسے کہ شکل ۱۴ میں، تو اس موج کو اُتھکی محسوس کر سکتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض متضاعف (reduplicated) معلوم ہوتی ہے، جو نام نہاد ”دو ضربتیں“

لے۔ یہ ارتعاشات ماری کے نبض نگار سے لئے گئے تھے۔ ایک لمبا اور سریع جزو صاعد پیچھے کی طرف اسوجہ سے خمیدہ ہے کہ سوئی ایک لمبے بیرم کے سرے پر لگی ہوئی ہے، جو ایک ایسے نصاب (fulcrum) پر کام کرتا ہے، جس کا محور کاغذ کی حرکت کے خط سے عرضی رُخ میں ہے۔

(“dicrotic”) نبض ہے۔ یہ ایک موج کے باعث ہے، جو مسدود اور طی مصرعوں سے اور اور طی کی دیواروں سے معکوس ہوتی ہے۔ اس سے عین پہلے ایک نشیب ہوتا ہے، جس کا نام صر مندنی کٹاؤ (dicrotic notch) ہے، جو بطنی انکماش (ventricular systole) سے متاثر ہوتا ہے، اور اور طی مصرعوں کی مسدودی کا نمائندہ ہے۔ اس طرح، موج القرع (percussion wave) کے آغاز اور منتہی کٹاؤ (dicrotic notch) کے پیندے کے درمیان کا فاصلہ، ایکماشی عرصہ (systolic period) کہلاتا ہے۔ جب ضربتینی کٹاؤ قاعدی خط تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۱۲ الف) تو نبض کامل صر بدیلی (fully dicrotic) کہلاتی ہے بعض اوقات

وہ قاعدی خط سے نیچے واقع ہوتا

ہے، اور پھر نبض بدیت صر بدیلی

(hyperdicrotic) کہلاتی ہے

(شکل ۱۲ ب)۔ اس صورت میں

دوسری ضرب کی موج القرع

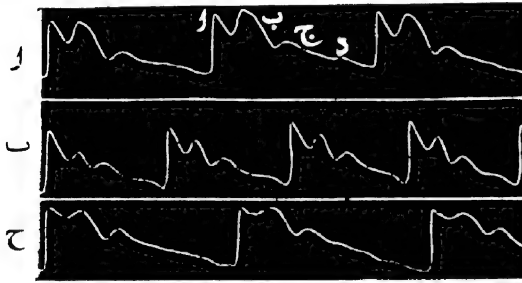
ضربتینی موج کے تمام تر گزر جانے

سے پہلے آتی معلوم ہوتی ہے،

اور ممکن ہے کہ فی الحقیقت یہ واقعہ

ضربات کی بڑھی ہوئی سرعت کے

باعث ہو۔ ضربتینیت



شکل ۱۲۔ الف۔ حاد مرص برائٹ۔ دباؤ ۱۰۰/۶۰۔ ب۔

حاد مرص برائٹ، ۵ ہفتے کی مدت۔ دباؤ ۱۰۰/۶۰۔

ج۔ مزمن مرص برائٹ۔ دباؤ ۱۰۰/۶۰۔

(dicrotism) نبض لیٹن (soft pulse) یعنی کم تناؤ والی نبض میں بہترین نمایاں

ہوتی ہے، جبکہ ثریائی دیوار طائلم ہوتی ہے۔ وہ عرق حرکتی سسل (vaso-motor

paralysis) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، جیسا کہ طویل المددت حموی اصابتوں میں

دیکھا جاتا ہے (شکل ۱۲) اور امانل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے استعمال سے

فی الفور پیدا کی جاسکتی ہے۔ وہ اُن حالتوں سے کم یا زائل ہو جاتی ہے جو نبض قلب

(hard pulse) یعنی بلند تناؤ والی نبض پیدا کر دیں، جیسے کہ مرص برائٹ۔ نیز وہ

اور طی باز روی (aortic regurgitation) سے، جو ایسی حالت ہے کہ جس میں

موج کا اندکاس نامکمل طور پر واقع ہوتا ہے، کم یا زائل ہو جاتی ہے۔

موج القرع اور ضربتینی موج کے درمیان، یعنی اُورطی کٹاؤ سے پہلے، اور اس واسطے بطین کے عرصہ انکماش سے متناظر، اکثر ایک موج ہوتی ہے جو خون کے اُس باہر کی طرف جانے والے بہاؤ سے منسوب کی جاتی ہے، جو موج القرع کے بعد ہوتا ہے۔ اُسے جزری موج (tidal wave) یا موج قبل الضربتین (predicrotic wave) کہتے ہیں (شکل ۱۳ الف ب شکل ۱۴ الف ب) وہ مصلک نبضوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے (شکل ۱۵) یعنی بلند ضربانی تناؤ کی حالتوں میں، جبکہ یہ گمان ہو سکتا ہے کہ خون کے متوجات غیر معمولی طور پر عمدگی کے ساتھ منتقل ہونگے۔ بعض اوقات جزری موج اتنی اچھی نمایاں ہوتی ہے کہ نبض متضاعف معلوم ہوتی ہے جسے ضربتینی نبض سے (جس میں تضاعف مبالغہ آمیز ضربتینی موج کی وجہ سے ہوتا ہے) امتیاز کرنے کے لئے، نام نہاد طور پر دو ضربی نبض (pulsus bisferiens) کہتے ہیں۔ اس کے برعکس نہایت تین نبضوں میں جزری موج، موج القرع میں غائب ہو جاتی ہے (شکل ۱۴ الف اور ب)۔ وہ نبض جس میں جزری موج، موج القرع کی نسبت زیادہ بلند صعود کرتی ہے، شہوقی (anacrotic) کہلاتی ہے، کیونکہ اُس میں موج القرع صعودی جزو (ascending limb) میں ایک ارتفاع بنا دیتی ہے، جو قاعدے اور بلند ترین نقطہ کے درمیان ہوتا ہے۔

کبھی کبھی موج القرع کے بعد ایک یا دو خفیف سے متوجات دیکھے جاتے ہیں (شکل ۱۵ الف ۵)۔ یہ صرف بلند تناؤ والی نبضوں کے ارتسامات میں واقع ہوتے ہیں۔

ضغط النبض پیمیا (sphygmomanometer)۔ بالائی بازو کے گرد ربر کی ایک چوڑی چمپٹی تھیلی لپیٹ دی جاتی ہے، جو کسی غیر وسعت پذیر مادہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور جس میں ایک الحاقی ربر کی نلی کی راہ سے ایک ربر کے گولے اور مصراع کے ذریعہ ہوا زور سے بھری جاسکتی ہے۔ اس تھیلی سے نکلنے والی ایک سری نلی ایک ضغط پیمیا (manometer) سے جوڑ دی جاتی ہے، اور ربر کی تھیلی کے اندر کا ضغط جسمانی ملی میٹروں میں ناپا جاتا ہے۔ بازو بند کے اندر ہوا پمپ کی جاتی ہے

یہاں تک کہ اُس کا دباؤ کلائی کی نبض کو روکنے کے لئے کافی سے زائد ہو جائے۔ پھر ہوا کو بتدریج باہر نکلنے دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ دباؤ گھٹ کر ایک ایسے نقطہ پر آجائے کہ جہاں نبض ذرا ہی محسوس ہوتی ہو۔ پیمانہ (scale) پر کا وہ عدد جہاں پارہ اس وقت ٹھہر ہوا ہے، انکماشى ضغط (systolic pressure) کا نمائندہ ہے، جس کی تعیین بذریعہ جس (palpation) ہوئی ہے۔

۲۲۹ اوسط انبساطى ضغط (diastolic pressure) کی بہترین پیمائش استماع (auscultation) کے ذریعہ سے ہوتی ہے۔ مسماع الصدر یا مسماع الصوت (phonendoscope) کہنی کے خم کے مقام پر عضدی تریان کے اوپر لگائی جاتی ہے اگر نبض کو ضغط کے ذریعہ بالکل مطمئن کر دیا جائے اور پھر اس دباؤ کو بتدریج گھٹایا جائے تو آواز کی چار ہیئتیں (phases) علی الترتیب سنائی دیتی ہیں۔ پہلی ہیئت ایک دھیمی سی ٹپک (faint throb) ہے، جو ابتداً ایسے دباؤ (استماع کے ذریعہ دریافت کردہ انکماشى ضغط) پر مشاہدہ میں آتی ہے جو جس سے دریافت کردہ اعظم انکماشى ضغط سے چند ملی میٹر زائد ہوتا ہے۔ یہ ایک بلند مختصر سی خیر میں تبدیل ہو جاتی ہے، جو دہری ہیئت ہے۔ اور بھی کم دباؤ پر یہ خیر متغیر ہو کر ایک بلند ٹپک (loud throb) بن جاتی ہے۔ یہ تیسری ہیئت ہے۔ پھر یہ یکا یک بدل کر ایک نرم ٹپک (soft throb) بن جاتی ہے۔ یہ چوتھی ہیئت ہے۔ اوسط انبساطى ضغط (mean diastolic pressure) وہ دباؤ ہے جو تیسری ہیئت کے چوتھی ہیئت میں تبدیل ہونے کے ساتھ متناظر ہوتا ہے۔

نکل گور (Kilgore) نے سولہ اور چھتیس سال کے درمیان عمر کے اشخاص پر ایک وسیع سلسلہ مشاہدات کیا ہے۔ اوسط انکماشى ضغط ۱۲۰ ملی میٹر تھا، لیکن اس کے ادھر اور ادھر ایک وسیع جولانی (range) پائی گئی، اور ۲ فیصدی مثالوں میں ضغط ۹۵ ملی میٹر سے نیچے، اور ۱۴۰ ملی میٹر سے اوپر پایا گیا۔ انبساطى ضغط کی پیمائش نے استماعی طریقہ سے ۱۸۰ ملی میٹر کی اوسط قدر (mean value) ظاہر کی، لیکن بہت سے مقروآت (readings) ۷۰ اور ۹۰ ملی میٹر کے تھے۔ ۱۰۰ سے کم کے دموی ضغط میں یہ ضروری نہیں ہے کہ کامل صحت موجود نہ ہو، اور موضوعات قلیل الوزن

ہونے کا رجحان رکھتے ہیں (67)۔ یہاں یہ کہہ دینا بھی قرین انصاف ہے کہ ضغطِ النفس پیمائے متعلق اعتراضات پیش کئے گئے ہیں کہ یہ بہت بلند نتائج ظاہر کرتا ہے (3)۔

استماعِ شریان

اگر سباتی اور زیرِ قوی شریان کا استماع مسماعِ الصدر سے بلا ضغط کیا جائے تو عموماً دو آوازیں (sounds) سنائی دیتی ہیں، یعنی ایک انکماشِ آواز (systolic sound) جو عروق کے پھیلاؤ (expansion) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری انبساطی آواز (diastolic sound) جو ایصال شدہ (conducted) اور طبعی دوسری آواز ہوتی ہے۔ بعض اوقات ان میں سے پہلی آواز نہیں موجود ہوتی۔ شکلی اور طبعی اور فحشی شریان پر بھی ایک انکماشِ آواز متذکرہ بالا آواز جیسی سنائی دیتی ہے۔ دوسرے شریان میں بالعموم جب تک کہ مسماعِ الصدر سے دباؤ نہ لگایا جائے کچھ بھی سنائی نہیں دیتا۔ جب جسم کے کسی حصے یا جوارح میں کسی شریان کا تالپکی ارتعاش (saccular dilatation) یا انورسما واقع ہو جاتا ہے تو اکثر اوقات ایک انکماشِ خسیر (systolic murmur) سنائی دیتی ہے، اور اس کو منجدھار اور بھنوروں (fluid vein and eddies) سے منسوب کیا جاتا ہے جو خون کے دہنہ شریان سے ٹکرا کر ایک عریض تر فضا، یعنی تاجہ انورسانی میں، جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ انورسما اکثر اور طبعی کے قاعدہ اور دیار کے تعلق میں بن جاتے ہیں، جو قلب کی قریبی مجاورت (close proximity) میں ہوتے ہیں، لہذا ممکن ہے کہ وہ پیش قلبی قتبہ (præcordial area) میں خیرات پیدا کر دیں، جو ان خیرات سے، جو قلب کے دہنوں میں پیدا ہو جاتے ہیں، بمشکل شناخت ہو سکتے ہیں۔

نبضِ وریدی

(venous pulse)

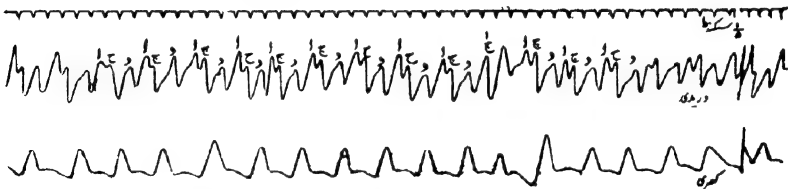
جسم کی بڑی وریدوں میں کسی قدر نبضان ہونا ایک طبعی (normal)

منظر ہے، اور بعض بالکل تندرست دوران خون والے اشخاص کی بیرونی اور اندرونی دونوں وداجی وریدوں میں ایک تموجی (undulating) یا نامابض (pulsatile) حرکت دیکھی جاسکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ منقود ہوتی ہے یا نمایاں نہیں ہوتی۔ سادہ معائنہ سے نبض کعبی (radial pulse) کے حرکات کے ساتھ ان حرکات کا ایک تعلق شناخت کر لینا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ بیرونی وداجی ورید ترقوی ہڈی سے سین اور دیکھی جاسکتی ہے اور اُس کے حرکات ثربیانی حرکات سے اس خصوص میں اختلاف رکھتے ہیں کہ اُن کا پھیلاؤ (expansion) کم درجہ کا ہوتا ہے اور اُن کا ہبوط (collapse) نسبتاً زیادہ ناگہانی اور کعبی ثربیانی کے ارتفاعات (rises) کے ساتھ تقریباً متاثر ہوتا ہے۔

اندرونی وداجی ورید گردن کے اطراف پر جب بے کے زاویہ اور قصی حلّی عضلہ کے درمیان ایک بڑی تموجی حرکت پیدا کر دیتی ہے، جس کا ارتفاع نسبت اور اُتار نسبتاً زیادہ سریع ہوتا ہے۔ اس حرکت کو سبائی ثربیانی کے نبضان سے خلط ملط نہیں کر دینا چاہئے۔

وداجی نبض پر ایک طنبور لگا کر اُس کے ذریعہ سے تریسات لیکر اور زیادہ صحیح معلومات حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ طنبور کے حرکات ایک سُونی میں منتقل ہو جاتے ہیں، جو یا تو ایک طبل پر، یا ضغط النبض پیمائے دھنیلے کاغذ (smoked paper) پر ترسیم کرتی ہے اور یہ ترسیم ایک کعبی ترسیم (radial tracing) کے متوازی ہوتی ہے، جیسے کہ میکسٹری کے کشید رنگار (polygraph) میں۔ وداجی نبض کے حامل کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اس آلہ کے اُتھلے پیالہ کو وداجی بصلہ (jugular bulb) کے اوپر رکھ دیا جائے، یعنی ترقوی ہڈی کے قصی سرے سے قدرے اوپر اور ایک انچ باہر کو، بہتر ہے کہ دائیں جانب کو۔ اسی جانب کے قصی حلّی عضلہ کے ریشے مرنخی (relaxed) کئے جاتے ہیں۔ عموماً جو ترسیم حاصل ہوتی ہے اُس میں تین موجیں مثبت امواج (ظاہر ہوتی ہیں، جن کے درمیان بلاشبہ، نشیب (منفی امواج) بھی شامل ہوتے ہیں۔ پہلی مثبت موج (شکل ۱۶، ۱) کعبی ترسیم (radial tracing) کے انکماش زمانہ سے عین پہلے واقع ہوتی ہے اور اُس کا دائیں اُذین کے انقباض کی وجہ سے جو مناسب کے نزدیک مسئلہ ہے۔ حیوانی تجربہ سے ظاہر ہو گیا ہے کہ دوسری

ثبت موج (ج) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ دائیں بطن کے انقباض کے دوران میں اُذینی بطنی مصراع (auricular-ventricular valve) (مُثلثہ = tricuspid) دائیں اُذین کے اندر بروز کر آتا ہے۔ اس کے برعکس بہت سی انسانی ترسیلات میں وہ بلاشبہ بالخصوص سبائی شریان کے نبضہ کی وجہ سے ہوتی ہے۔ دونوں صورتوں میں وہ ایک بطنی انقباض کا نمائندہ تسلیم کی جاتی ہے۔ اور ۱ اور ج کے درمیان کا فاصلہ اُس وقت کا ناپ سمجھا جاتا ہے کہ جس میں عضلی انقباض کی موج کا ایصال اذین سے بطن تک ہوتا ہے۔ طبعی افراد میں اُسکی مدت تقریباً ۱/۳ سیکنڈ (ثانیہ) ہوتی ہے۔ تیسری موج (و) غالباً اُس تصادم (shock) کی وجہ سے ہوتی ہے، جو ریوی مصراعات کے سدود ہونے کے بعد بھر بکا یک تن جانے (sudden stretching) سے پیدا ہو جاتا ہے، اور جو بطن، اُذین، اور وریدوں کی راہ



شکل ۱۶۔ ایک کثیرنگاری منحنی (polygraphic curve) جو عملیاتی وریدی نبض کی تین موجیں اوپر والی ترسیم میں ظاہر کرتا ہے، جو گردن کی وریدوں سے لی گئی ہے۔ نیچے والی ترسیم کعبی تریان سے لی ہوئی ہے بطن کے ہر انکماش کے ساتھ دو موجیں، ج اور و ہیں۔ ہر زور میں ج سے پہلے، اور لحاظ وقت ایک پیش انکماش (pre-systole) 'موج' و، نظر آتی ہے، جو اُذینی انکماش کا نتیجہ ہوتی ہے (T. Lewis)۔

سے پیچھے کی طرف ایصال ہوتا ہے۔

وریدی نبض کی ایک اہم ترسیم وہ ہے جس میں موج و غیر موجود ہوتی اور صرف ج اور و امواج واقع ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۲۳ صفحہ ۲۴۳)۔ موج و کی غیر موجودگی سے یہ متنبہ کیا جاتا ہے کہ اُذین طبعی طور پر منقبض نہیں ہو رہا ہے اور اس واسطے مندرجہ امواج مضب بطن کے سبب سے ہیں۔ اسی بنا پر ایک طبعی وداجی ترسیم کہ جس میں تینوں امواج ہوتی ہیں

وریدی نبض کی ایک اُذینی شکل (auricular form) کا نمائندہ قرار دیا جاتا ہے اور آخر میں جو ترسیم بیان کی گئی ہے وہ وریدی نبض کی بطنی شکل (ventricular form) یعنی اُذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی نبض کا نمائندہ ہے۔ بعض اوقات محیطی وریدوں (peripheral veins) بالخصوص مہشت دست اور پشت پاکی وریدوں میں ایک مختلف قسم کا نبضان دیکھنے میں آتا ہے، جو شرابی مہوج کے عروقِ شعریہ میں سے ہو کر وریدوں تک منتقل ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ عوقِ دیواروں کے انتہائی ارتخا (relaxation) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ قلب کا فعل بھی بہت طاقتور یا بھان کے ساتھ ہو۔ مثلاً۔ نحوی اصابتوں میں، موسمِ گرما کی گرمی میں، یا پیٹ بھر کمانے (full meal) کے بعد۔

استماع اُوردہ

اگر استماع الصدر کو نہایت عیدیم الدم (anæmic) اشخاص میں، اور تندرست بچوں میں، وداجی ورید کے حصّہ زیریں پر، اُس نقطہ پر رکھا جائے کہ جہاں قصبی عضلہ کی قصبی چسپیدگیاں (sternal attachments) اُس کی ترقوی چسپیدگیوں (clavicular attachments) سے جدا ہوتی ہیں، تو ایک سلسل بھنصنا ہنٹ دار (humming) یا ریلنے کی آواز (rushing noise) سنائی دے گی، جسے وریدی غنا (venous hum) یا حروخذ روئی (bruit de diable) کہتے ہیں (ڈایابل "diable" ایک فریسی کھلونا کا نام ہے، جس سے ایسی ہی آواز نکلتی ہے)۔ یہ تحریر (murmur) انتصابی وضع میں بہترین سنائی دیتی ہے، اُس وقت جبکہ منہ اُس جانب سے جس کا امتحان کیا جا رہا ہے، دوسری طرف پھرا ہوا ہو۔

فعل قلب کی غیر طبیعی حالتیں

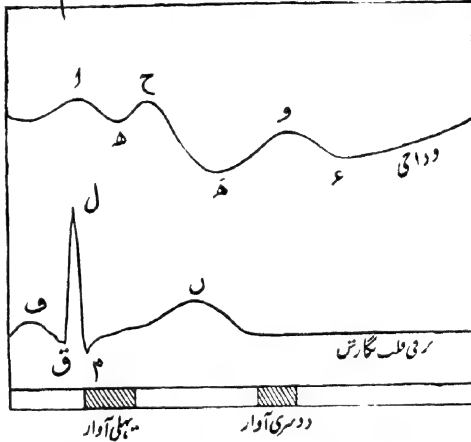
(ABNORMALITIES OF CARDIAC ACTION)

صوب قلب کے طبی میکانیہ پر پہلے غور ہو چکا ہے۔ یہ دریا فت کرنے کے لئے کہ

اس میکانیہ میں کوئی غیر طبعی حالت موجود ہے یا نہیں، اور اگر ہے تو وہ کیا ہے، طب میں عموماً دو مختلف طریقے مستعمل ہیں۔ اُن کی خاص منفعت یہ ہے کہ وہ اُذینی اور بُطینی دونوں قسم کے انقباضات ظاہر کر دیتے ہیں۔

پہلے طریقہ میں ایک کثیرنگار (polygraph) کے ذریعہ سے وداجی نبض اور ایک شریانی نبض، جیسے کہ کُعبری، دونوں بے یک وقت لی جاتی ہیں اور پھر اُن کا باہم مقابلہ کیا جاتا ہے۔ حاصل شدہ ترسیمات اُذینی انقباضات کی موجودگی یا غیر موجودگی، اور بُطینی انقباضات کے ساتھ ان کا تعلق، اور ان دونوں اقسام کے درمیان مائل ہونے والے وقت کی لمبائی ظاہر کرتے ہیں، اور اگر یہ وقت

ایسیکنڈ سے زائد ہو تو جزئی قلبی مسدودی (partial heart-block) موجود ہے۔



دوسرا طریقہ بذریعہ ایک برقی قلب نگار (electro-cardiograph) کے ہے، یہ

ایک حساس مقناطیسی برقی پیمائش (galvanometer) ہوتا ہے جو

ہر ضرب کے ساتھ قلب سے پیدا ہونے والی برقی ریزوں کا اندراج

کرتا ہے۔ اس آلہ میں گار (quartz) کا ایک باریک چاندی جڑا سا ہوا ریشہ ایک طاقتور

برقی مقناطیس (electro-magnet) کے قطبین کے درمیان معلق ہوتا ہے۔ اس ریشہ کا

ہر ہر امراض کے جوارح سے تین طریقوں سے جوڑ دیا جاتا ہے، جن کو تقویدیں (leads) کہتے

ہیں۔ پہلی یا عرضی تقوید میں دونوں ہاتھ آلہ سے جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ دوسری یا محوری تقوید

میں داہنا ہاتھ اور بائیں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ تیسری، یا چپ جانبی (left lateral) تقوید میں بائیں ہاتھ اور بائیں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ قلب سے

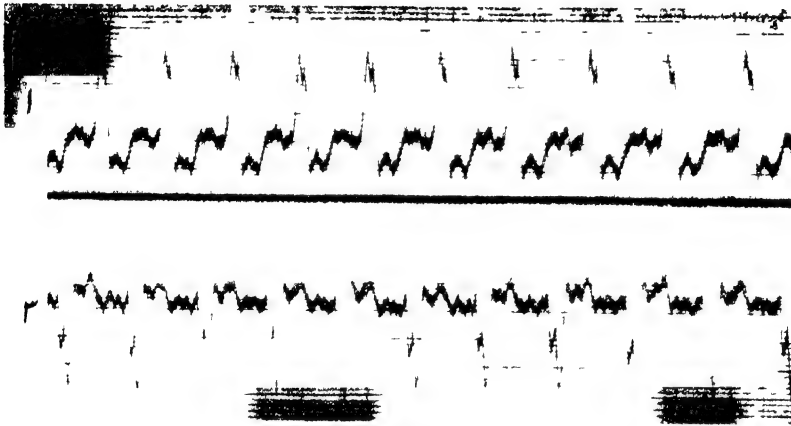
گار کارائیشہ حرکت کرتا ہے اور اُس کی جولت (excursion) ایک دوہرین کے ذریعہ سے تکبیر حاصل کر کے ایک ضیا نگار معفہ یا ایک کاغذ پر ظلیل (projection) ہوتی ہے۔ نتیجہ ایک برقی قلب نگارش (electro-cardiogram) ہوتی ہے۔ ایک ضرب قلب سے متاثر ترسیم کا خاکہ شکل ۷۱ میں دکھلایا گیا ہے۔ ودا جی ترسیم بھی دکھلائی گئی ہے، اور اموات قلب کی تقریبی جائے وقوع بھی۔ برقی قلب نگارش میں ایک موج ایسی ہے جو اذینی انقباض سے متاثر اور اُس سے کیتقدر پہلے واقع ہوتی ہے اور اُسے عموماً حرف (P) سے ظاہر کیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک نسیب ق (Q) ایک نوکدار ارتفاع ل (R) ایک ناگہانی نسیب م (S) اور ایک تدریجی ارتفاع ن (T) ہوتا ہے۔ ق ل م ن (QRST) کی پچیدہ شکل طبیعی انقباض سے متاثر ہوتی ہے اور اُس کے عین سامنے شروع ہوتی ہے۔ جیسا کہ ودا جی نبض (jugular pulse) کی حالت میں ہوتا ہے، ایک برقی قلب نگارش اُن تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو اذینی انقباضات طبیعی انقباضات کے ساتھ رکھتے ہیں، نیز اُس عرصہ وقت کو جو ان کے درمیان حاصل ہوتا یعنی ف (P-R) فاصلہ لیکن علاوہ ازیں اس طبیعی علامتیہ (ventricular complex) کی شکل سے بعض استنباط بھی کئے جاسکتے ہیں۔ اس میں اُس وقت ترسیم پائی جاتی ہے جبکہ اذینی طبیعی بندل کی بعض شاخیں مسدود (blocked) ہو جائیں (branch-bundle block) (لاحظہ ہو شکل ۱۸) یا جب ایک طبیعی انقباض اذینی طبیعی گز (auriculo-ventricular node) سے حسب طریقہ معمولی بندل سے نیچے آئے کے بجائے قلب میں کسی غیر معمولی جگہ سے پیدا ہونے لگے۔ (نیز لاحتہ ہو قلب کی بیش پروتری (hypertrophy of the heart) - پھر تقوید ۱ اور ۲ میں ن (T) موج کا متواتر انکسار (inversion) جس سے موج کے بجائے نسیب سد ہو گیا تقوید ۳ میں گہرائی نسیب کے مال ہی میں ظاہر ہوا ہو، اور طبی مصرافی مرتبہ ڈیٹا لکس (digitalisation) کی غیر موجودگی بس عضلہ قلب کا مرض (myocardial disease) ظاہر کرتا ہے (۴)۔ قدرتی طور پر دونوں طریقوں میں ایک صحیح وقت شمار (time-marker) استعمال کیا جاتا ہے تاکہ مختلف حصوں کے صحیح زمانی تعلقات ظاہر ہو جائیں۔

کثیر نگاری طریقہ کے فوائد یہ ہیں کہ اس میں آلات قابل نقل و حمل اور سادہ ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ بعض اوقات کسی ترسیم کا حاصل کرنا اگر نا ممکن نہیں تو

نہایت مشکل ضرور ہو جاتا ہے، اور گونجاؤ تمام عملی اغراض کے لئے عموماً کافی ہوتے ہیں تاہم ان سے وہ تفصیلات نہیں حاصل ہوتے جو برقی طریقے سے حاصل ہو سکتے ہیں۔ برقی قلب نگاری طریقہ میں یہ قباحت ہوتی ہے کہ اُس میں آلات پیچیدہ نوعیت کے ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ جب وہ تشفی بخش طور پر کام کرتے ہیں تو نتائج ہمیشہ نہایت آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتے ہیں اور مریض کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، بلکہ ضرورت ہو تو وہ کسی دوسرے مکان میں بستر پر لیٹا رہ سکتا ہے۔

232

یہ خیال نہیں کر لینا چاہئے کہ یہ دقت طلب طریقہ اب قلب کی معمولی بقیاعدگیوں



شکل ۱۰۔ بائیں ہنڈل کی شاخوں کی مسدودی۔ قلم (QRS) وقفہ چوڑا ہے، اور ل اور م کٹاؤ دار ہیں۔ اس قسم کی ترسیم با اوقات اور طبی مرض یا مرض عضلہ قلب کے ہمراہ ملتی ہے۔ (برقی قلب نگار ستیاں جے۔ ایم۔ ایچ کی عیصل کی لی ہوئی ہیں)۔

کی تشفیں کے لئے ناگزیر ہیں۔ ان کی وساطت سے تحقیقات کرنے کا یہ نتیجہ ہے کہ اب غالب مثالوں میں ان حالتوں کو محض استماع اور جُست سے اور بعض محاکر نش (sphygmogram) کی مدد سے تشفیں کر لینا ممکن ہوتا ہے۔

جونی بیقاعدگی

(sinus irregularity)

یہ حالت بچوں میں عام ہے۔ دورانِ شہیق میں ضرباتِ قلب زیادہ کثیرا لوقوع ہو جاتے ہیں، اور دورانِ زفیہ میں اور زفیہ کے اختتام پر یہ شرح پھر کم ہو جاتی ہے۔ بوقی قلب نگاری امتحان نے ظاہر کر دیا ہے کہ یہ ضربات ہمیشہ کامل طور پر طبیعی (normal) ہوتے ہیں، اور یہ کہ قلب کی شرح کا تغیر، اُس شرح میں تغیر ہو جانے سے ہوتا ہے جس سے جونی اُذینی گرہ (sino-auricular node) اپنے صدمات (impulses) باہر بھیجتی ہے، اور یہ آخر الذکر شرح عصبِ تانیہ کے عمل (vagal action) سے متاثر ہوتی ہے۔ عصبِ تانیہ (vagus) کی تنش (tone) دورانِ شہیق میں کم ہو جاتی ہے۔ اس نفسی بیقاعدگی کو میکنزئی (Mackenzie) نے ”نوعمری کی بیقاعدگی“ (youthful irregularity) کے نام سے موسوم کیا ہے، اور یہ ایک بالکل طبیعی چیز ہے۔ بعض اوقات یہی منظر بالغوں میں پرسکون تنفس (quiet respiration) کے دوران میں مشاہدے میں آتا ہے۔ جب تنفس گہرا ہو تو یہ عملی طور پر ہمیشہ دیکھا جاتا ہے۔ بعض اوقات شرح میں ایسا ہی تغیر اس طرح بھی ہوتا ہے کہ اُسکے ساتھ سانس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جب شرح قلب بڑھی ہوئی ہو، جیسی کہ ورزش کے وقت ہوتی ہے، تو جونی عدم توازن (sinus arrhythmia) موقوف ہو جاتا ہے۔ اُس کی اہمیت صرف اتنی ہی ہے کہ وہ دوسری قسموں کی بے قاعدگیوں کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے۔ جب وہ شناخت میں آجائے تو اُسے ایک طبیعی شے سمجھنا چاہئے اور کسی علاجی تدبیر کے آڑے کی ضرورت نہیں۔

قلبی سدودی اور ایڈم سٹوکس کا علامیہ

(heart block and Adams-Stokes syndrome)

قلبی سدودی (heart block) کی وجہ اُذینی بطینی گرہ (auriculo-ventricular node)، اُذینی بطینی بنڈل، یا اُس کی شاخوں میں سے کسی شاخ کی قوتہائے ایصال میں کمی آجانا ہے۔ وہ حاد امراضِ ساریہ، بالخصوص روماتزم میں، نیز

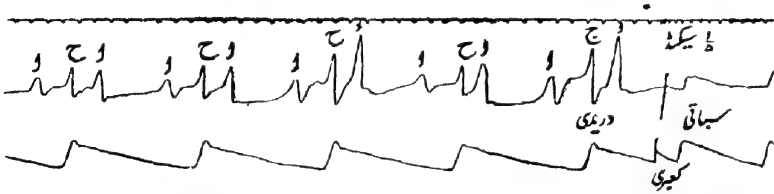
ڈیجٹالس (digitalis) کے ذریعہ علاج کرنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ ان مثالوں میں وہ عارضی ہوتی ہے۔ قلبی سدودی کی ایک مستقل حالت ان قلبیات میں واقع ہو جاتی ہے جو روماتزم یا آتشک سے مستقل طور پر نقصان رسیدہ ہو چکے ہوں، اور ان بوڑھے لوگوں میں جنہیں عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) ہو۔ وہ اور ملی مصراع کے ساتھ تلازم ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے وہ خلقی ہو۔

پہلی چیز جو واقع ہوتی ہے ف۔ ل (P-R) فاصلہ کا غنیف طور پر بڑھ جانا ہے (طبعی حالت میں ۱۲۔۱۸ سیکنڈ یا ثانیہ کے برابر ہوتا ہے)۔ ل۔ ج فاصلہ ۲۔۳ سیکنڈ سے زائد ہوتا ہے۔ یہ صرف کبھی اتفاق ہی سے سریریاتی امتحان سے شناخت میں آتا ہے لیکن بعض حالات کے تحت اس کی شناخت ہو سکتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت سماع الصدر سے اُذنی انقباض نہیں سنا جاسکتا، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ وہ بطبعی انقباض کے اس قدر قریب واقع ہوتا ہے کہ آخر الذکر کا شور اُسے ڈبا کر بالکل غیر محسوس بنا دیتا ہے۔ لیکن جب ان دونوں کے درمیان کا فاصلہ نسبتاً زیادہ ہو جاتا ہے تو اُذین کی آواز جدا گانہ سنی جاسکتی ہے۔ ایسی حالتوں میں راس (apex) کو سننے وقت ممکن ہے کہ ایک دوہری پہلی آواز سنائی دے، یا جب اُذنی اور بطبعی ضربات کے درمیان کا فاصلہ اور بھی زیادہ ہو (یعنی جب اُذین انبساط کے آغاز میں، دوسری آواز کے بعد بہت جلد ہی ضرب لگاتا ہو) تو ایک دوہری دوسری آواز بھی اسی مقام پر سنائی دے سکتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں مورکنس (canter-rhythm) کی قسمیں ہیں۔ پھر، نو عمر بچوں میں کبھی کبھی پیشنگامی (presystolic) یا ابتدائی انبساطی غمیرات (early diastolic murmurs) قلبی سدودی کو ظاہر کرتے ہیں، نہ کہ مطرائی ثقیق (mitral stenosis) کو۔ غالباً قلبی سدودی سریری طور پر اُس سے کہیں زیادہ موجود پائی جاتی ہے جتنا کہ عام طور پر خیال کیا جاتا ہے۔

قلبی سدودی کے اور زیادہ ترقی یافتہ درجہ میں ف۔ ل (P-R) فاصلہ اور بھی زیادہ طویل ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی صدہ بطین تک گزرنے میں ناکام رہتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطبعی ضربات بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۱)۔ یہ قلب کا استماع کرنے پر شناخت کیا جاسکتا ہے، جبکہ ایک لمبی لمبی کے درمیان ایک پوری غمیر قلب بالکل غائب پائی جائے گی۔ نبض بھی قدرتی طور پر متوقف نوعیت

(intermittent character) ظاہر کرے گی۔ اس سے بھی زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں ہمیں وہ حالت مل سکتی ہے جسے ۱-۲ یا ۳-۱ قلبی مسدودی کہتے ہیں، جس میں اُذین کی صرف ہر دوسری یا تیسری ضرب ہی ایک بُطبینی انقباض کی تحریک پیدا کر دینے میں کامیاب ہوتی ہے۔

اب تک ہم نے صرف اُسی قلبی مسدودی پر غور کیا ہے جس میں اُذینی اور بُطبینی انقباضات کے درمیان کا فاصلہ بڑھ جاتا ہے، یا جس میں بعض اُذینی انقباضات متناظر بُطبینی انقباضات کی تحریک نہیں پیدا کرتے۔ یہ سب جُزئی قلبی مسدودی کی حالتیں ہیں۔ کامل قلبی مسدودی میں اُذینی انقباضات میں کوئی انقباض بھی بُطبین تک بالکل نہیں پہنچ سکتا۔ خوش قسمتی سے ان حالات کے تحت بُطبین اپنے آپ ضرب لگانا شروع کر دیتا ہے، لیکن اُس کا اپنا حقیقی



شکل ۱۹- ایک ۱-۲ قلبی مسدودی کی حالت سے لیا ہوا کثیر بھکاری منحنی۔
بالائی ترسیم گردن کی وریدوں سے ہے، اور زیرین ترسیم ریڈ نیل یعنی کُجری شریان سے۔ ہر کُجری ضرب کے ساتھ ایک انکماش (ارتفاع) ج ہے۔
منحنی میں باقاعدہ فاصلوں پر، نشان والی دوری اور موجیں بھی موجود ہیں جو اُذینی انکماش کی وجہ سے واقع ہو گئی ہیں۔ اُذین بُطبین کی نسبت دو گونہ شرح سے منقبض ہوتا ہے۔ (بہ اتباع لیوس Lewis صاحب)۔

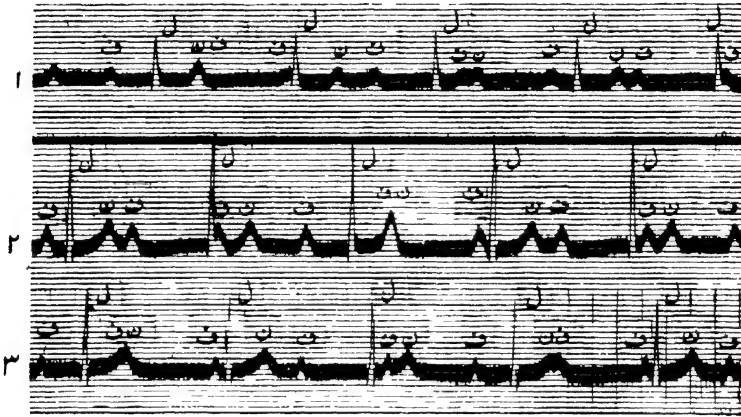
توازن نہایت سُست، اور عموماً فی منٹ چالیس سے نیچے ہوتا ہے۔ برقی قلب نگارش اُذینی انقباضات کا ایک کامل طور پر باقاعدہ سلسلہ، اور بُطبینی انقباضات کا ایک دوسرا باقاعدہ سلسلہ ظاہر کرتی ہے، لیکن یہ دونوں سلسلے ایک دوسرے سے بالکل مفترق ہوتے ہیں۔ لہذا ایسی حالت میں ایک فی منٹ چالیس سے کم والی منتظم نبض، کامل قلبی مسدودی پر دلالت کرتی ہے، اگرچہ یہ بتلا دینا ضروری ہے کہ فی منٹ پینتیس تا چالیس کی شرح نبض والی حالتیں

ایسی بھی ملتی ہیں، جن میں توازن طبعی ہوتا ہے۔ لیکن ایک دوسری امارت بھی ہے، جسے ابتداً گیلابن (Galabin) نے مشاہدہ میں بیان کیا، اور جو گائیز ہسپتال (Guy's Hospital) کی اسی سال کی رپورٹوں میں شائع کی گئی۔ یہ پہلی رائے تھی کہ انسان میں اُذنی اور بطنی توازنات (rhythms) کا کامل افتراق (dissociation) ہو سکتا ہے۔ اُس کے مریض میں شرح نبض فی منٹ میں اوپر میں کے درمیان تھی اور اُس نے بندریہ استماع اُذنی انقباضات فی الحقیقت کئے۔ وہ کہتا ہے کہ ”یہاں ہم ایک ایسا قلب پاتے ہیں کہ جس کا اُذین، بطن کے انکماش سے ذرا ہی پہلے منقبض نہیں ہوتا بلکہ دو بطنی نبضات (auricular pulsations) کے درمیان وقفے میں کبھی دوبار، اور کبھی ایک طویل وقفے (pause) کے دوران میں ایک ہی بار منقبض ہوا۔“ ایک اور امارت ہے جس کا انحصار اس واقعہ پر ہوتا ہے کہ اُذنی ضرب سنی جاسکتی ہے، اور اس پر کہ وہ دوریہ میں مختلف نقطوں پر واقع ہوتی رہتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی وقت ایک بظاہر متضاعف (reduplicated) دوسری آواز موجود ہو، دوسرے وقت ایک متضاعف پہلی آواز ملے، اور کسی اور وقت پہلی آواز اپنی شدت (intensity) میں بہت بڑھی ہوئی ہو، یعنی اُس وقت جبکہ اُذن اور بطن بیک وقت منقبض ہوں۔ اس آخری حالت میں ممکن ہے کہ گردن کی وریدوں میں ایک ناگہانی بڑی موج ہم زمان طور پر نظر آئے۔ یہ اس حقیقت کی وجہ سے ہے کہ اُذنی انقباضات خون کو آگے دھکیل کر بطن کے اندر نہیں پہنچا سکتے اس وقت جبکہ وہ منقبض ہو رہا ہو۔ اسی واسطے اُذین میں سے خون پیچھے کی طرف دھکیلے جانے کا رجحان رکھتا ہے۔

ایڈمسٹوکس کا علامہ (Adams-Stokes syndrome) - مشاہدہ میں

آر۔ ایڈمس (R. Adams) اور مشاہدہ میں ڈبلیو۔ اسٹوکس (W. Stokes) نے مشاہدہ کیا کہ فیر معمولی طور پر سست نبض والے مریض غشیان (syncope) کے بے ہوشی، یا تشنجات کے حملوں میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔ اسٹوکس نے قویہا تک مشاہدہ کیا کہ گردن کی وریدیں غیری (radial pulse) کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ ضرب لگا رہی ہیں۔ اور ان ابتدائی اصابتوں میں سے دو میں قلب کا شیمی انحطاط موجود تھا، جس میں (A.V. بندل جو اس وقت نامعلوم تھا، موقوف ہوا ہو گا۔ اسپنس (Spens) نے ایسا ہی ایک مریض مشاہدہ میں دیکھا (Lea)۔

یہ حالت دماغی عدم دمویت (cerebral anaemia) کے باعث ہوتی ہے جو قلبی مسدودی کے سبب سے دوران خون کا ناکہ پانی قُشَل (sudden failure) ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگرچہ قلبی مسدودی عام ہے، تاہم یہ علامتیں (syndrome) نادر الوقوع ہے۔ یہ اُن بوڑھے لوگوں میں واقع ہوتا ہے جو قلبی مسدودی کے زیادہ شدید درجوں میں یا کامل مسدودی قلب میں مبتلا ہوتے ہیں۔ بطنین دفعۃً نہایت سست رفتاری سے ضرب لگانے لگتا ہے، یا کچھ عرصہ کے لئے بالکل رُک جاتا ہے۔ علامات کا انحصار اس مدت پر ہوتا ہے کہ جس تک دوران خون ناکافی رہتا ہے۔ ایک بوڑھے شخص کا مشاہدہ



شکل ۲۰۔ کامل قلبی مسدودی کی برقی قلب نگارش۔ اُذین اور بطنین کے توازنات مفترق (dissociated) ہیں اور اب بطنین اُذین کی مجببیت نہیں ظاہر کرتا۔ بطنینی انکماش ل (R) اور ن (T) غیر وضعیتیں پیدا کرتا ہے۔ اُذینی انکماشات ف (P) حرکات پیدا کر دیتے ہیں، جو ترسیم میں یکساں طور پر پھیلے ہوئے ہیں، اور بطنینی حرکات سے کوئی مستقل تعلق نہیں رکھتے۔ اور وہ اُن کی نسبت تقریباً ڈگنے بار ہوتے ہیں۔

(بداقباغ رسیل ویلس (Russel Wells)

کیا گیا، جس میں ہر دو منٹ کے بعد چالیس سیکنڈ تک قلب کی کامل مسدودی ہو جاتی تھی۔ چنانچہ اس امر کا کہ علامات ٹھیک کس طرح ترقی کرتے ہیں بار بار مشاہدہ کرنیجا موقع تھا (۵)۔

قلب کے بند ہوجانے پر فی الفور شوب (pallor) اور ساتھ ہی خفیف کبودی طاری ہوگئی۔
دو یا تین سیکنڈ کے بعد اُس نے بولنا موقوف کر دیا اور ایک آہ (groan) کے ساتھ پیچھے
چلا کر گر گیا۔ پانچ سے سات سیکنڈ کے اندر بے ہوشی طاری ہوگئی۔ پھر مختلف عضلات کے
انقباضات اور جوارح کے غیر ارادی حرکات دیکھے گئے۔ سانس بتدریج زیادہ گہری اور زیادہ
تشنجی (convulsive) ہوگئی، اور تنفس کے معین عضلات بھی کام کرنے لگے۔ تقریباً بیس سیکنڈ
میں وہ چالیس فی منٹ کی شرح سے اور نہایت گہری سانس لے رہا تھا۔ تنفس اُس اپنے
(panting) سے مشابہ تھا جو صرف سخت ترین عضلی محنت کے بعد دیکھا جاتا ہے۔ وہ کبود
اور شائبہ پر لگیا تھا۔ قرنید اور روشنی کے معکوسات (corneal and light reflexes)
موقوف ہو گئے تھے۔ جب قلب پھر جاری ہوا تو پہلے دو یا تین ضربات کے بعد چہرہ شوخ سرخ
رنگ سے تنہا اٹھا۔ پسینہ اور دمئی افراز کثرت کے ساتھ ہوا اور لمحات (conjunctivæ)
متلی (congested) ہو گئے۔ پھر اُس کی شکل و ہیئت بہ سرعت از سرِ طبیعی حالت پر آگئی۔
انذار۔ قلبی مسدودی کی اہمیت مختلف حالتوں پر منحصر ہوتی ہے۔ خلقی قلبی
مسدودی جو کہ ابتدائے عمر میں البطآنض کا موجب ہوتی ہے اور جس کے ساتھ بااوقات
خلقی مرض قلب ہوتا ہے اور جو ایڈم اسٹوکس کے حملے واقع کرتی ہے، بالعموم بچپن میں ہی
موت واقع کر دیتی ہے۔ سب سے معمر مریض جس کا زندہ رہنا معلوم ہے، تینتیس سال کا ہے۔
اُن عارضی حالتوں میں، جو روماتزم جیسے ساری امراض کے ساتھ ملازم ہوتی ہیں، اس کے
یہ معنی ہوتے ہیں کہ عضلہ قلب واضح طور پر ماؤف ہو گیا ہے، گو غالباً شغایابی واقع ہو جائیگی۔
اسی واسطے آرام اور احتیاط ضروری ہیں مہتمل امواتوں میں قلبی مسدودی عموماً بذات خود
ہلک نہیں ہوگی، گو وہ اس حد تک اہم ہوتی ہے کہ اُس سے بحیثیت مجموعی عضلہ قلب
کی تندرستی (healthiness) کا پتہ چلتا ہے۔ اگر اُذنی بطینی بندل میں کوئی ضرر موجود ہے تو
مکن ہے کہ عضلہ کے سارے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ضررات موجود ہوں، لہذا عضلہ قلب
کے اعطاط کی شہادت تلاش کرنی چاہئے، اور مکن ہے کہ یہ فیصلہ قلب (heart-failure)
کا سبب ہو۔ جب دورے ہوں تو انذار زیادہ تشویشناک ہو جاتا ہے، کیونکہ مکن ہے کہ
یہ دورے بجائے خود ہلک ہو جائیں۔

علاج۔ قلبی مسدودی کی امواتوں میں علاج قلب کی عام حالت کے لئے ہوتا

چاہئے۔ اس خوف سے کہ مبادا ڈیجٹالس قلبی مسدودی کا درجہ اور بڑھا دیگا، اس کے استعمال سے اجتناب کرنے کی کوئی وجہ نہیں، بشرطیکہ وہ اُذیا وغیرہ کے کم کرنے کے لئے دوسری طرح ضروری سمجھا جائے۔ بعض اشخاص، جنھیں قلبی مسدودی کی شکایت تھی، محنت و مشقت کی زندگی بسر کر سکے ہیں، لیکن بیشتر حالتوں میں محنت اور مشقت سے اجتناب کرنا چاہئے۔

دوروں کی حالت میں ایڈرینالین (adrenalin) (۵، ۱۰ یا ۱۵ قطروں کی مقداروں میں) کامیاب ثابت ہوا ہے، کیونکہ وہ بطبعی شرح کو بڑھا دیتا اور قوت ایصال (conduction) کو زیادہ کر دیتا ہے (6)۔ آتروپین (atropine) ۱/۱۰۰ گرین جو اکثر اوقات دیا جاتا ہے، شاذ ہی کارگر ہوتا ہے۔ آتشکی امابتوں (syphilitic cases) میں بارہ اور آیوڈائیڈ کا استعمال کرنا نہایت اہم ہے۔ ایک مریض میں چند گھنٹوں تک آکسیجن سانس میں لینے سے مکمل مسدودی قلب قائم ہو کر ایڈم سٹوکس حملے موقوف ہو گئے۔ نیز بیریم کلورائیڈ (barium chloride) ۱/۴ - اگرین دن میں تین مرتبہ، اور اس کے ساتھ ایفی ڈرین (ephedrine) ۱/۴ گرین دن میں تین مرتبہ، حملے بند کرنے کے لئے کامیابی کے ساتھ دیا گیا، جو فی اذینی مسدودی (sino-auricular block)۔ یہ ایک نادر الوقوع

حالت ہے۔ یہ بعض اوقات ایک مادہ نوعی بخار کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہے، اور دوسری حالتوں میں مغفلہ قلب کے مرض (myocardial disease) کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ نبض سُست اور غیر منتظم ہوتی ہے، کیونکہ اذین، جو فی اذینی گرہ کی تحریک کی باطل معیبت ظاہر نہیں کرتا اور ایک ضرب قلب بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا متواتر کئی بار ہو جائے، اور قلب ایک وقت میں کئی سیکنڈ تک ضرب نہیں لگاتا۔ یہ حالت کثیر بھکاری یا برقی قلب بھکاری ترسیلات کے ذریعہ قلبی مسدودی سے متفرق کی جاسکتی ہے، کیونکہ اس میں اذین اور بطین دونوں کا قوت ترکم ہو جاتا ہے۔ ایک مریض میں یہ حالت دوران ورزش میں دور ہو گئی، لیکن جب نبض سُست ہوئی تو پھر فوراً رہ گئی (7)۔

پیش از وقت ضربات مستزاد اکماشات

(premature beats; extra systoles)

قلبی بے قاعدگیوں کی یہ قسم سب سے زیادہ عام ہے۔ یہ عورتوں کی نسبت مردوں

میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ غالباً ایسے بہت سے اشخاص میں جو ادھیڑ عمر یا بڑھاپے کی عمر تک پہنچتے ہیں، کسی نہ کسی وقت مستزاد انکماشات ہوتے ہیں۔ معمولی مزاجیت کے دوران میں یہ اُن لوگوں میں سب سے زیادہ عام پائے جاتے ہیں جو مرض قلب کے آثار ظاہر کرتے ہوں، لیکن اکثر دوسرے اشخاص میں بھی نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ عموماً اُس وقت موقوف ہو جاتے ہیں جبکہ قلب تیز ہو جائے، جیسا کہ ورزش میں ہوتا ہے، اور قلب کے پھرست پڑ جانے پر اکثر پھر پیدا ہو جاتے ہیں۔

پیش از وقت ضربات کی تکوین قلب کے بعض حصوں کی بیشش سحر یک پذیری (over-excitability) کے باعث ہوتی ہے، جو ٹھیک وقت سے پہلے ہی مستزاد ضرب قلب شروع کر دیتے ہیں۔ اس پیش از وقت ضرب کے وقوع کے بعد ایک تعویضی وقفہ (compensatory pause) ہوتا ہے، یہاں تک کہ قلب اپنا طبعی توازن پھر اختیار کر لیتا ہے۔ مریض متناظر احساسات محسوس کرنا ہے۔ یہ پیش از وقت ضرب خود سبب میں کبھی محسوس ہوتی ہے اور کبھی نہیں ہوتی۔ طویل وقفہ محسوس کیا جاتا ہے اور اکثر ایک بے چینی کا احساس پیدا کر دیتا ہے۔ یہ سینے میں ایک ناگہانی دھچکے (bump) یا دھکے (shock) کے ساتھ تم ہوتا ہے اور قلب اپنا معمولی توازن پھر از سر نو حاصل کر لیتا ہے۔ یہ احساسات اُن ہی قلبی احساسات میں سے ہیں جس کو انماجا (palpitations) کہتے ہیں۔

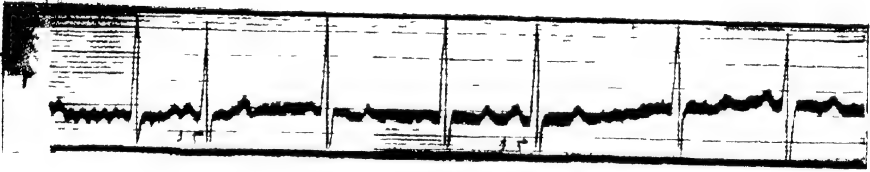
236

حقیقات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ یہ ضربات یا نوڈین میں یا ۱-ب گرہ (A. V. node) کے مقام پر، یا بطن میں پیدا ہوتے ہیں، جس کی وجہ ان حصوں کی بیشش تحریک پذیری (over-excitability) ہے۔ ممکن ہے یہ ضرب قلب کے ایصال کے طبعی راستہ کے ایک حصہ میں پیدا ہوں، اور ایسی صورتیں برقی قلب نگار (electrocardiograph) کے ذریعہ ایک طبعی ضرب سے نیز نہیں کئے جاسکتے، الا اس امر میں کہ یہ اُس وقت سے پہلے واقع ہو جاتے ہیں جبکہ انھیں ہونا چاہئے اور اسی واسطے قلب کے توازن میں اختلال پیدا ہو جاتا ہے۔ ان ضربات کو ”مشابہ التکوین“ (homogenitic) یا ”متناظر المقام“ (homotopic) کہتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۳-۲۵)۔ اس کے برعکس ممکن ہے یہ قلب کے ایک ایسے حصے سے ہوں جو طبعی راہ ایصال سے باہر ہو، اور اس صورت میں ان کو غیر مشابہ التکوین (heterogenetic) یا غیر متناظر المقام (heterotopic)

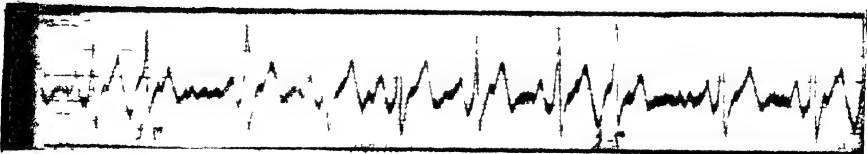


شکل ۲۲ - سیکل جو مستزاد اُذینی انکماش ظاہر کرتی ہے۔
چونکہ اس بقاعہ کی میں اُذین حصہ لیتا ہے، لہذا
اُس کے توازن میں خلل واقع ہو جاتا ہے۔ دوسری
ضرب اس سے کیفدر جلد ہی آتی ہے کہ صغنی شکل ۲۱
میں آتی ہے۔ یہ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ب - ج
فاصلہ 'ا' ب کے دو گنے سے کیفدر کم ہوتا ہے
(یہ انباغ لموس)۔

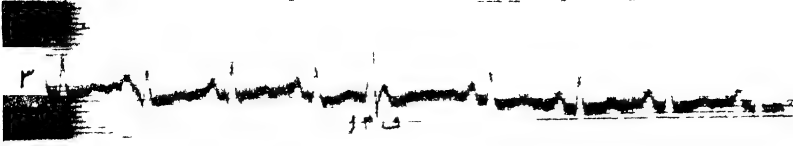
شکل ۲۱ - سیکل جو مستزاد طبعینی انکماش ظاہر کرتی ہے۔
اس واقعہ سے اُذینی طرح میں خلل نہیں واقع ہوا
اور نیچو یہ ہوتا ہے کہ قلب کا اصلی توازن بعد میں
یہ واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ب - ج فاصلہ 'ا' ب
سے ٹھیک دُگنا ہونے سے ظاہر ہوتا ہے
(بدراماع کبوس Lewis)۔



شکل ۲۳ - دو نقاط المقام (homotopic) 'مستزاد اُذینی انکماشات' جن میں ف موجیں
اور ف - ل فاصلہ طبعی ہیں، اور خفیف سے نوعی وقفہ (compensatory pause)
ہیں۔ یہ خاکہ ایک پورے شخص سے لیا گیا ہے جس کے دل کا دباؤ بلند تھا۔ طبعی ضربا کی ف موجیں کیفدر چھوٹی ہیں۔

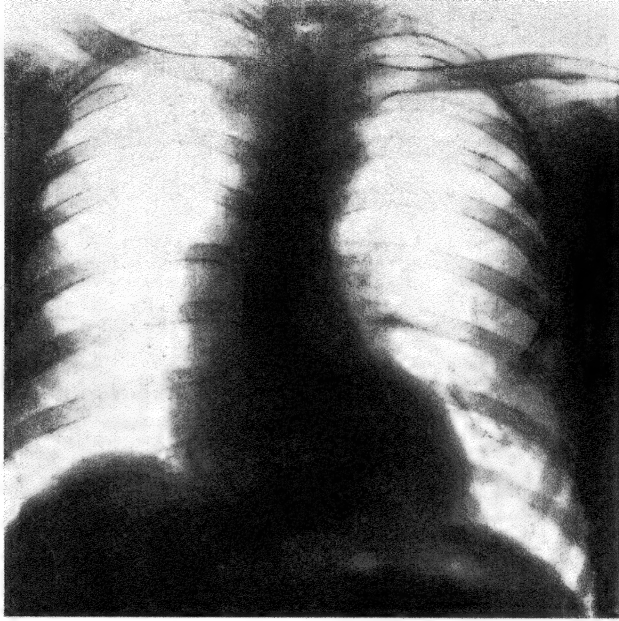


شکل ۲۴ - دو نقاط المقام مستزاد انکماشات جو اُذین میں نیچے پیدا ہوتے ہیں اور ایک نوجوان عورت سے
لئے گئے ہیں جس میں مرض قلب کی کوئی نہایت نہ تھی مستزاد انکماش کی ف موج مرکس (inverted)
ہے، ف - ل فاصلہ طبعی ہے اور ایک مکمل طور پر نوعی وقفہ (compensatory pause) موجود ہے۔



شکل ۲۵۔ کربی مستر ادا نکاش (nodal systole) (تناظر المقام
 (homotopic) ' ایک پورے ایتھرومائی (atheromatous) شمع سے
 لیا ہوا۔ معمولی سلسلہ کی ف موج (F) پیش از وقت بلعینی موج یا مستر ادا نکاش
 (میک) کے بالکل بعد ہی نظر آتی ہے۔ ابرقی قلب نگارشی جے۔ ایم۔ ایچ
 کیا میل (J. M. H. Campbell) کی لی ہوئی۔]

کہتے ہیں۔ اس صورت میں برقی قلب نگار پر کے منحنی کی شکل غیر طبعی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں اشکال
 ۲۸-۲۹)۔ اس میں شبہ نہیں کہ ان اختلافات کو محض استماع سے پہچان لینا ممکن ہے۔
 ایک کعبی ترسیم اس بات کے دریافت کرنے میں مدد ہو سکتی ہے کہ آیا یہ اپنے مبداء میں
 ادینی میں یا بلعینی، کیونکہ آخر الذکر حالت میں مستر ادا نکاش کے ہر ایک جانب پر دو ضربات کے
 درمیان فاصلہ، طبعی فاصلہ کی نسبت دگنے کے برابر ہوگا لیکن اول الذکر حالت میں اس سے
 نسبت کم ہوگا (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔ بعض حالتوں میں یہ ضربات کثیر الوقوع
 ہوتے ہیں۔ اگر ہمیں ایک سلسلہ ملے کہ اس میں طبعی اور پیش از وقت ضربات متبادل طور
 واقع ہوں، تو اس حالت کو "نبض دو توامی (pulsus bigeminus)" کہتے ہیں، تاکہ
 یہ "نبض متبادل" ("pulsus alternans") سے متمیز ہو سکے۔ ممکن ہے کہ ایک طبعی ضرب
 کے بعد باقاعدگی کے ساتھ دو مستر ادا نکاشات واقع ہوں۔ ایسی صورت میں تنگنی کے
 (triple rhythm) مشاہدہ میں آئیگی (نبض سہ توامی = pulsus trigeminus)۔
 پیش از وقت ضربات نبض پر دو اثرات پیدا کر سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ متناظر
 موج نبض چھوٹی ہو اور اس کے بعد ایک تعویضی وقفہ ہو، یا ممکن ہے کہ ایک ضرب کی
 بجائے نبض کا کلی توقف (intermission) واقع ہو جائے (اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔ سماع
 سے پیش از وقت ضربات آسانی سے پہچانے جاسکتے ہیں۔ اختلافات اس لحاظ سے واقع



الف۔ اورطی بازروی۔ گول بطنی سایہ اور متسع اورطی ملاحظہ ہو۔
(شغائک شیتن سٹرلنڈ سے لاک نے لی ہے)

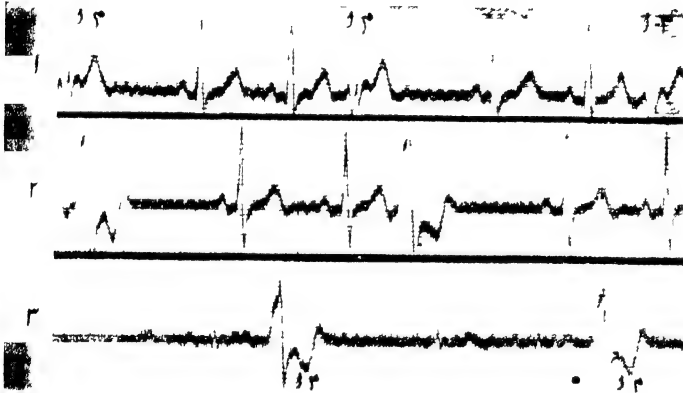


ب۔ خالص ریوی شیتن جس میں میں اس طرف اتساع اور بیش پروردگی ہے۔
مصنوعہ کا ایک اہانت،

قریب بائی جائیں گی۔ یہ چار آوازیں ”لب“ (lub) ”ڈب“ (dup) ”ٹم“ (tum) ”ٹی“ (ti) کے الفاظ (expressions) سے ادا کی جاسکتی ہیں۔ ”لب ڈب“ طبعی ضرب کی دو آوازوں کی نمائندگی کرتا ہے۔ اس گروہ کی تیسری آواز یعنی ”ٹم“ مستزاد بطبعی انتباض کی آواز کی ”ٹی“ اور ”ٹی“ اُعلیٰ مصراعوں کی مسدودی کی قائم مقام ہے۔ جب مستزاد انتباض اتنا قوی ہو کہ اُعلیٰ مصراعوں کو اٹھاسکے، وہاں اس گروہ کی چوتھی آواز یعنی ”ٹی“ (ti) غیر موجود ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں تین آوازوں کا ایک گروہ ایک ساتھ سنائی دے گا، جسے ”لب“ ”ڈب“ ”ٹم“ کے الفاظ سے ظاہر کیا جاتا ہے۔

ایک نوعمر شخص میں مستزاد انتباضات، فاعلی التهاب قلب (active carditis)

238



نسل ۲۹- مختلف المقام (heterotopic) مستزاد انتباضات (م-ک) جنہوں نے بائیں طلیں سے پیدا ہو کر دم تقوید م-ا میں اور ل تقوید م-ب میں زیادہ واضح ہے) بعض تروای (pulsus trigeminus) پیدا کر دی، ایک ایسی لڑکی میں جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی (جے-ا-م-ا-جے-کیا مصل)۔

کا ایسا کر مے ہیں۔ لیکن بیشتر بالغوں میں وہ کوئی اندازی مفہوم نہیں رکھتے۔ تاہم دوری حرکت کا (paroxysmal tachycardia) کی نسبت زیادہ خطرناک حالت ان سے کسی حد تک تعلق رکھتی ہے، اور اس حالت کے طاری ہو جانے کے امکان کو پیش نظر رکھنا چاہئے۔ اس کا زیادہ ثبوت نہیں موجود ہے کہ یہ اکثر واقع ہوتا ہے۔ جب مرض قلب والے شمعوں میں

مستزاد انکماشات ہوں، تو انذار کی تخمین میں ضررات کی نوعیت کا لحاظ رکھنا چاہئے اور مستزاد انکماشات کی موجودگی انذار کو بدتر نہیں بنا سکتی۔ جب وہ بالکل تندرست اشخاص میں واقع ہوں تو مریض کو ان کی عدم اہمیت کے متعلق اطمینان دلانا چاہئے۔

عام طور پر یہ تعلیم دی جاتی ہے کہ کسی حالت میں بھی کوئی علاج خاص طور پر نہیں شروع کرنا چاہئے، اور نہ مریض کو بیرون خانہ کھیلوں سے، بلکہ فی الحقیقت کسی بھی ورزش سے جو وہ بصورت دیگر کر سکیں، محترز رہنے کا مشورہ دینا چاہئے۔ جب مستزاد انکماشات مصرعی مرض کے ساتھ متلازم ہوں تو ایسی تعلیم دینا گویا مناسب حد سے بہت تجاوز کرنا ہے۔ روماتزمی مبداء کے بلکہ اور طی اور صرطنی مرض (mild aortic and mitral disease) والا ایک مریض جسے راقم الحروف جانتا ہے، حد سے زیادہ سخت عضلی محنت کیا کرتا تھا اور اُسے اکثر اوقات مستزاد انکماشات محسوس ہوا کرتے تھے اگرچہ ورزش سے اُس کی سانس کبھی نہیں پھولتی تھی۔ بالآخر اس کو ذبحہ صدریہ (angina pectoris) ہو گیا۔ زیادہ آرام کی حالت کی زندگی دوبارہ اختیار کرنے پر اُس نے محسوس کیا کہ مستزاد انکماشات عللاً غائب ہو گئے۔ پہلے موقع پر اُن کی موجودگی اس امر کی دلیل سمجھی جاسکتی تھی کہ ورزش حد سے بہت زیادہ تھی۔ اس کے برعکس راقم الحروف کو ایسے تندرست طلباء ملے ہیں جن میں کسی وجہ سے اپنی باقاعدہ ورزش موقوف کر دینے کے بعد مستزاد انکماشات نمودار ہو گئے۔ ورزش پھر شروع کر دینے پر یہ مستزاد انکماشات غائب ہو گئے۔

قلب کا کثیر الوقوع فعل

سرعت القلب

(tachycardia)

مختلف حالات میں قلب، اور اُسی کے ساتھ نبض معمول کی نسبت زیادہ بار بار ضرب لگاتی ہے۔ محنت کرنے پر قلب کی سرعت طبعی تو اترا (normal frequency) کی نسبت دگنی سے زیادہ ہو جائے گی، لیکن محنت کی موقوفی کے ساتھ چند ہی منٹ میں نبض اپنی طبعی شرح پر پھر آ جاتی ہے۔ عصبی اثرات کے تحت بھی یہ شرح بڑھ جاتی ہے۔ جذبات

متاثر کرنے والے اسباب (emotional causes) کی وجہ سے قلب کے فعل کی سرعت واقع ہونا کافی مشہور ہے۔ اور عصب تانیہ (vagus) کے شل ہونے سے بھی سرعت فعل پیدا ہو جاتی ہے، جیسی کہ بعض اوقات التهاب اعصاب متعددہ (multiple neuritis) میں دیکھا جاتا ہے۔ شاذ مثالوں میں افراد شرح قلب کو بالارادہ بڑھانے یا گھٹا دینے کی طاقت رکھتے ہیں۔ سرعت ضربات قلب کی ایک عام قسم، جس میں اکثر ایک جذباتی عامل (emotional factor) حصہ لیتا ہے، اختلاج کی ایک قسم ہے کہ جس کی شکایت اکثر ہوا کرتی ہے۔ حالت مرض میں نبض کے قوا ترکیز زیادتی کا ایک اہمیت عام سبب جموی تعامل (febrile reaction) ہوتا ہے۔ اور یہ تغیر ایک مدت تک ان سمیتات سے منسوب کیا جاسکتا ہے جو بخار پیدا کر دیتے ہیں، اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تنہا بلا واسطہ حرارت جیسی کہ ایک گرم غسل یا گرم کی ہوئی ہوا میں محسوس ہوتی ہے، قلب کو تیز کر سکتی ہے۔ سرعت قلب (tachycardia) مرض گریوز (Grave's disease) کا اہم منظر ہے، جو خیال کیا جاتا ہے کہ مدتی فتنے کے باطنی افزا کی زیادتی یا ترمیم کے باعث ہوتا ہے۔ سرعت قلب ایٹروپین اور بعض دوسرے زہروں سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ ان تمام مثالوں میں برقی قلب نگاری امتحان سے ظاہر ہوا ہے کہ یہ بڑھا ہوا قوا تر قلب کے طبعی رفتار ساز کی تحریک کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خود ضرب قلب کی ترقیم طبعی ہوتی ہے۔

دومرا سبب قلب کی ساخت کا مرض ہے، خواہ یہ عضلہ قلب کا ہو یا مصراع کا، کیونکہ ایسی صورت میں ہر واحد ضرب کی کارنا کردگی (inefficiency) کی وجہ سے کافی دوران خون پیدا نہیں کیا جاسکتا تا وقتیکہ ایک معتین وقت کے اندر ضربات کی تعداد زیادہ نہ ہو جائے۔ ان تمام اسباب کے علاوہ وقتاً فوقتاً ایسی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں جنہیں ضربت القلب میں ایک دوری سرعت واقع ہو جاتی ہے، اور جن پر اب غور کیا جائیگا۔

سادہ دوری سرعت القلب

(simple paroxysmal tachycardia)

سادہ دوری سرعت القلب سے وہ حالت مراد ہے جس میں قلب کی طبعی نسبت کا خاتمہ ہو کر اس کی بجائے دفعۃً سریع اور باقائدہ ضربات کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے،

جونی منٹ ۱۱۰ اور ۲۰۰ کے درمیان ہوتے ہیں۔ یہ ضربات ایک نئے مرکز کے باعث ہوتے ہیں، جو قلب میں پیدا ہو جاتا ہے، اور جو بطور خود ضربات کا آغاز کرتا ہے، جبکہ طبعی فشار ساز (normal pacemaker) کا وظیفہ عارضی طور پر منسوخ ہو جاتا ہے۔ لہذا یہ ضربات اپنے مبداء میں مختلف المقام (heterotopic) ہوتے ہیں، اور انھیں مستزاد انکماشات کا ایک سلسلہ سمجھنا چاہئے۔ یہ نیا مرکز یا تو (۱) اُذین کے اندر ہو سکتا ہے، یعنی جونی اُذینی گروہ کے قریب، اُذین کے عضلی نظام (general musculature) میں، اُذینی بطبعی گروہ (auriculo-ventricular node) میں، درکریبی توازن = nodal rhythm، جیسے کہ شکل ۳۲ میں، یا گروہ سے آگے خاص بندل کے اندر، یا (۲) دائیں یا بائیں بطین کے اندر ہو سکتا ہے، جہاں ضربات غالباً پرکنجے کے جال (Purkinje's network) میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان قسموں میں برقی قلب نگار کے ذریعہ تفریق کی جاسکتی ہے۔ سادہ ذوری سرعت القلب کی اُذینی قسم دونوں قسموں میں سے زیادہ عام ہوتی ہے۔ جب ضربات اُذین میں پیدا ہوں، تو یہ طبعی طور پر بطین تک پھیل جاتے ہیں، لیکن جب وہ بطین میں شروع ہوتے ہیں، تو وہ پیچھے کو اُذین کی جانب ایک ایسے رخ میں پھیل جاتے ہیں جو کہ طبعی کے برعکس ہوتا ہے۔

یہ حالت ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ طبعی اشخاص (normals) میں بھی یہ تقریباً اسی قدر عام ہے جتنی کہ بوڑھے روماتزمی مریضوں میں اور عضلہ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) والے مریضوں میں۔

اس حالت کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ اس کا حملہ چند سیکنڈ سے لیکر دو ہفتہ کے درمیان کسی عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ قلب تیز اور باقاعدہ ہوتا ہے، اور مریض کی وضع (posture) سے متاثر نہیں ہوتا۔ یہ امر اسے سرعت القلب کی دوسری قسموں سے ممتاز کرنے میں مدد دیتا ہے۔ اصوات قلب بک ٹیک (tic-tac) نوعیت کے ہوتے ہیں، اور اگر کچھ تحریرات (murmurs) موجود رہے ہوں تو وہ غائب ہو جاتے ہیں۔ نبض منتظم ہوتی ہے۔ دورے کا خاتمہ اسی قدر دفعۃً ہوتا ہے جتنا کہ اس کا آغاز، اور نبض پہلے پہل غیر طبعی طور پر سست ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اپنا طبعی توازن دوبارہ حاصل کرنے سے پہلے مستزاد انکماشات

ظاہر کرے۔

علامات - اگر حملے قلیل المدت ہیں، اور خامکر اگر مریض اُن کا مادی بگیا ہے تو ممکن ہے کہ کوئی علامات پیدا نہ ہوں۔ اگر وہ کچھ عرصہ تک جاری رہتے ہیں تو عموماً تکلیف (distress) ہوتی ہے۔ سینہ میں پھڑپھڑاہٹ (fluttering) کی شکایت ہوتی ہے، اور گردن میں ضربان (beating) کی۔ مزید علامات قلب کی برآمد (output) کی قلیل (دقیق حجم) کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو ایک امابت میں ثابت ہوئی۔ کسلندی (exhaustion) اور جو ارج کی بروہت موجود ہوتے ہیں، اور پسینہ آنے لگتا ہے۔ سوہمغم کے علامات نمودار ہو جاتے ہیں، یعنی ریحیت (flatulence)، کثرت ریت (salivation)، متلی اور قے۔ ممکن ہے کہ ذبحی (anginal) علامات بھی موجود ہوں، یعنی سینہ میں تنگی کا احساس اور تحت القفسی درد۔ ازاں بعد ممکن ہے کہ قلب بے فعل کی وجہ سے گرانا بار ہو جائے (embarrassment of the heart) اور اکیس طرح فشل القلب (cardiac failure) کے امارات پیدا ہو جائیں، جن کے ساتھ اتساع قلب اور گردن کی جڑ کی ویدوں کا احتقان (engorgement)، جگر کی کلانی اور اکیسٹ عمومی اُذیا وغیرہ پائے جاتے ہیں۔ دورہ موقوف ہوتے ہی یہ تمام علامتیں فی الفور غائب ہو جاتی ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر حملہ شدید ہوا ہے تو مختلف وجہ کی کسلگی (exhaustion) باقی رہے۔

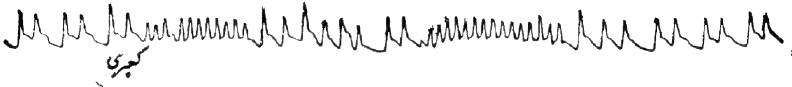
تشخیص - اس کا انحصار مریض کے بہ احتیاط استمان پر ہوتا ہے، جس کے ساتھ یہ دریافت کرنا بھی ضروری ہے کہ آیا ایسی ہی نوعیت کے دورے حملے پہلے بھی ہو چکے ہیں۔ بعض اوقات ان امابتوں کی تشخیص مشقوبہ مدی قرہ (perforated gastric ulcer) کے طور پر کی گئی ہے اور جراحی علیہ بھی کر دیا گیا ہے۔ نیز "حاد اتساع قلب" ("acute dilatation of the heart") کے طور پر بھی تشخیص کی جا چکی ہے۔

240

انذار - انذار کے خاص نکات یہ ہیں:- (۱) عضلہ قلب کس مدد تک نقصان پہنچا ہے، کیونکہ ممکن ہے حملے خالصتہً مسمیٰ فعل کا نتیجہ ہوں اور عضلہ قلب تندرست ہو۔ (۲) حملوں کی شدت، اور خامکر فشل القلب کے امارات۔ نوعمر اشخاص میں ایک یا دوسرے سمتی سبب سے ایک دو انفرادی حملوں کا ہوجانا غیر عام نہیں، اور یہ عود نہیں کرتے۔

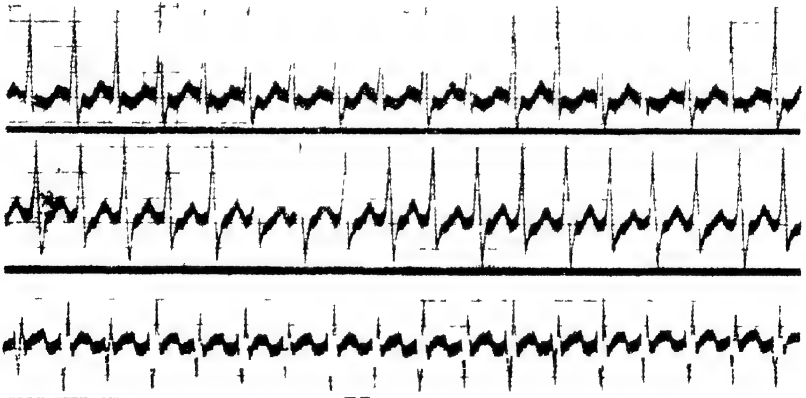
جب عضلہ قلب تندرست ہو، بالخصوص اُن نوعمر اشخاص میں جنہیں عملِ نبض (periodical attacks) ہوتے ہیں تو ایسی صورت میں زندگی کا طول بالکل نہیں گھٹتا، اور ان حملوں

۱۔ سیکشن



شکل ۳۰۔ دوری سرعت القلب (paroxysmal tachycardia) کے ایک مریض سے لی ہوئی تریانی ترسیم۔ دو مختصر دورے دکھلائے گئے ہیں جس میں سے ہر ایک تقریباً پانچ سیکنڈ جاری رہا۔ دوروں کے درمیان نبض غیر منتظم ہے (مدا اتباع لیتیں)۔

نجات ملنے کا اچھا خاصا موقع ہوتا ہے۔ اگرچہ اکثر دورے زائل ہو جاتے ہیں تاہم ایک لمبے دورے میں ہلاکت واقع ہو گئی ہے! اگر طبیب کو کسی حملے کے دوران میں مریض نے



شکل ۳۱۔ دوری سرعت القلب تقوید ۳ میں کی نبض متبادل غیر معمولی ہے (جے۔ ایم۔ ایچ کیا مہیل)۔

بلایا ہے تو مریض یا اُس کے دوستوں کو یہ یقین دلانا تقریباً یقینی طور پر صحیح ہوگا کہ وہ اس

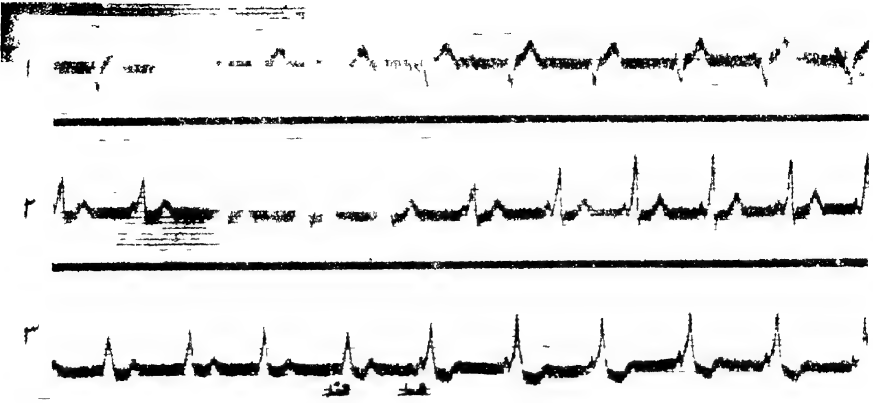
مخصوص دورے سے شفا یاب ہو جائے گا۔

علاج - احتیاط کے ساتھ سوال کرنے سے بعض اوقات حملوں کا واضح سبب معلوم ہو جاتا ہے، جیسے کہ تیز کافی (coffee)، کثرتِ تمباکو نوشی، شراب، جذبہ (emotion)، مرایت جیسے کہ ماذِ کام، ناگہانی بار پڑنا۔ ان سب سے بچنا چاہئے۔ لیونس (Lewis) بیان کرتا ہے کہ سحر اٹھنے سے پہلے ایک جڑا شکم بند (abdominal binder) لگا کر اُسے دن بھر پہن رہنا چاہئے، کیونکہ ایسا کرنے سے حملے رکے رہتے ہیں۔ بعض اوقات ڈیجیٹالس (digitalis) یا کوئینی ڈین (quinidine) کا ایک پورا نصاب (full course) مفید ہوتا ہے۔ بہت سے طریقے ایسے ہیں جن سے خود حملے ہی بند کر دیے گئے ہیں، جیسے کہ ایک خاص ہیئت (attitude) اختیار کرنا، مثلاً سر کو گھٹنوں کے درمیان رکھ کر جھکنا، ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل ریٹکنا، یا ترکیبی وضع میں ٹھہرے رہنا یا جت (supine) لیٹنا۔ قے کرنا، ریخت دور کرنا، پیش قلبہ (præcordium) پر برف یا شکم کے گرد ایک تنگ بندش لگانا، گردن میں اعصابِ تائب (vagi) کو دبانا، ڈیجیٹالین (digitalin) یا اسٹرو فینتھین (strophanthin) کا ویدی اثر کرنا، گہرے شہیق اور زہیر جلد جلد کر کے تنفس کو کشش کرنا، یہ سب حملوں کو روک دینے میں کامیاب ہوئے ہیں۔ بعض اوقات مریض خود اپنے لئے کوئی ایسی چیز دریافت کر لیتے ہیں جس سے وہ حملے کو بالارادہ روک سکتے ہیں۔ کوئینی ڈین (quinidine) ممکن ہے کامیاب ثابت ہو، اور ۱۲ گرام سے شروع کی جاتی ہے، اور دو گھنٹہ کے بعد، اگر دے کر پھر تین تین گھنٹوں کے وقفہ سے پانچ خوراکیں دیجاتی ہیں ڈیجیٹالس (digitalis) ایگل اسٹن (Eggleston) کے طریقہ سے، آزمائی جاسکتی ہے، جیسا کہ اُذینی ریشکی انتقباض کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

241

طویل حملوں کے دوران میں یہ ضروری ہے کہ مریض کو بہ آرام رکھا جائے اور اگر ضرورت ہو تو انیون کے مرکبات (opiates) کے ذریعہ سے نیند پیدا کر دی جائے۔ قریب الوقوع قفلِ قلب کے امارات کے لئے مناسب علاج کی ضرورت ہوگی۔ اقتصاد (venesection) مفید ہو سکتا ہے۔ اگر کوئی عملی ضروری ہو تو حملوں کی سرگذشت، ایک عمومی معدم جس (general anæsthetic) کے استعمال کو خارج از بحث

نہیں کرتی۔



شکل ۳۲ - کریبی توازن (nodal rhythm) - ف مومیس (ف) بطبعی ملائیو
(ventricular complexes) سے بہت قریب ہیں - بعض برقی قلع لگاتار
میں مڑکس (inverted) ہوتی ہیں - اے - ایم - ایچ - کیا مدیل -

اذینی رفرہ (پھڑپھڑاہٹ)

(auricular flutter)

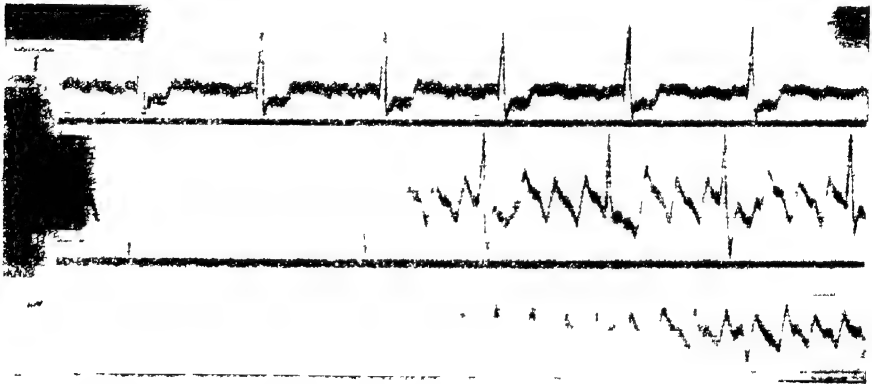
یہ نام سرعت القلب کی اس شکل کو دیا گیا ہے، جس میں اذین نہایت جلد جلد منقبض ہوتا ہے، یعنی مختلف مثالوں میں ۲۳۰ سے لیکر ۳۵۰ بار تک، لیکن بطبعی عموماً اس سے آدھے یا چوتھائی توانر کے ساتھ ضرب لگاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ کسی حد تک اذینی بطبعی مسدودی قلب قائم ہو جاتی ہے۔ صرف ہر دوسرے، تیسرے یا چوتھے اذینی انقباض کا ایصال بطبعی تک ہوتا ہے۔ کبھی کبھی محض قلیل عرصوں کے لئے قلبی مسدودی موجود نہیں ہوتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطبعی شرح بھی فی منٹ ۳۲۰ ہو جاتی ہے، اور مریض عموماً غشی کی حالت میں ہوتا ہے۔ لیکن ۲ کے پیچھے ۱ والی قلبی مسدودی کی صورت میں نبض کھری کی شرح تقریباً ۱۶۰ سے اُرد نہیں ہوتی، چنانچہ یہ استثنائے بعض مثالوں کہنے اگر شرح نبض اس قدر سے اوپر ہو تو اذینی پھڑپھڑاہٹ کو فارغ از بحث سمجھا جاسکتا ہے۔

اس کے برعکس اگر بطبعی شرح اُذینی شرح سے صرف چوتھائی ہے تو یہ صاف واضح ہے کہ نبض جو فی منٹ صرف ستر یا اسی ہے، سرعت القلب کی موجودگی کا کوئی شبہ نہیں پیدا کرے گی۔ تاہم ایک پست ارتفاع کی آواز جو فی منٹ ۳۰۰ کی لے رکھتی ہے، کسنی جا چکی ہے (62)۔ ایسی حالت میں مرض جو صرف اذینوں کی سرعت القلب ہے، محض وریڈی نبض کی ترسیم سے شناخت میں آ سکتا ہے، یا برقی قلب نگارش سے، جس میں ہر بلندی ضرب (R =) کے چیمے اُذینی ضربات (P =) دیا جا رہے ہوں گے لیکن یہ باقاعدگی ہمیشہ نہیں قائم رہتی، اور ممکن ہے کہ غیر منظم نبضیں واقع ہونے لگیں۔ یہ سرعت القلب دفعۃً شروع اور ختم ہوتی ہے، اور مریض کی وضع اور ورزش سے اُسی طرح متاثر ہوتی ہے جس طرح کہ دوری سرعت القلب کی زیادہ عام شکلیں۔ لیکن یہ حالت طویل عرصوں تک جاری رہنے کا نسبت بہت زیادہ رجحان رکھتی ہے، اور کمرے اوقات ایسا ہوتا ہے کہ یہ عارضی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۳۳)۔ اگر نبض سریع ہے تو برقی قلب نگار کے ذریعہ تشخیص کرنا مشکل ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں سبائی جوف (carotid sinus) پر مضبوط دباؤ ڈال کر قلب کو مست کیا جاسکتا ہے، جس سے موجوں کا سرعت سے خود کرنا ظاہر ہو جاتا ہے، جیسا کہ شکل ۳۳ کی تقوید ۲ اور ۳ میں ہے۔ ڈیجیٹلس کے زیر اثر لانے اور اس طرح قلب کو مست کرنے سے بھی تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اُذین کی پھر پھر اہٹ پڑانے روا ترمی مریض کی نسبت اُس مریض میں زیادہ تواتر کے ساتھ ہوتی ہے جسے شریانی تصلب (arteriosclerosis) یا خون کے دباؤ کی زیادتی کی شکایت ہو۔

242

امراضیات۔ اگر اُذین میں سے ایک عضلی حلقہ کاٹ کر نکال لیا جائے اور اسے ایک نقطہ پر مستحکم کیا جائے تو اس نقطہ سے انقباض کی دو موجیں شروع ہوتی ہیں جو مخالف سمتوں میں مساوی رفتار سے چکر لگاتی ہوئی حلقہ کی مخالف جانب پر پھر مل جاتی ہیں۔ چونکہ عضلہ اُن کے ملنے کے وقت منقبض ہو رہا ہے لہذا وہ حالت گویزی (refractory) میں بھی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ موجیں ایک دوسرے کو عبور نہیں کر سکتیں اور ضائع ہو جاتی ہیں (Mines)۔ اُذین کی طبعی قلبی ضرب کے متعلق یہ سمجھ لینا چاہئے کہ یہ اسی قسم کے ضربات کا تواتر (succession of beats) ہے، جو اُذین کے گرد چکر لگا کر ایک دوسرے سے دوچار ہوتے ہیں اور وہاں ضائع ہو جاتے ہیں۔

اب فرض کیجئے کہ اصلی حلقہ میں ایک ناگہانی عارضی مسدودی (block) پیدا ہو جائے اور اس طرح موج صرف ایک ہی سمت میں جکر لگا سکے، تو ایسی صورت میں وہ اسی سمت میں بار بار چکر لگاتی رہے گی کیونکہ اب مخالف سمت میں کوئی موج نہیں رہی ہے جو عضلہ کو گریزی بنا کر اسے روک دے۔ اس کے چکر لگانے کا سلسلہ لا متناہی طور پر جاری رہے گا۔ اُذین کی پھر پھر اٹھ میں صورت حال ایسی ہی ہوتی ہے، موج اُذینی عضلہ کے گرد چکر لگاتی رہتی ہے، اور برقی قلب بھارش کی ف موج ایک ایسے مکمل چکر سے متناظر ہوتی ہے (لیوٹس)۔ جب یہ موج تحریک چکر لگاتی ہے تو یہ شاخیں (offshoots) نکالنی جاتی ہے جو سارے



شکل ۳۳۔ جو ظاہری یعنی غول (exophthalmic goitre) کی اسباب سے حاصل شدہ اُذینی پھر پھر اٹھ (auricular flutter)۔ اُذین کی استرج فی منٹ ۳۲۰ ہے اور ۸۰ ضربات کی منتظم نبض کے ساتھ ۴:۱ مسدودی موجود ہے۔ (عموماً تقوید میں پھر پھر اٹھ واضح نہیں ہے)۔ (حے - ایم ایچ کیا مہبل)

اُذینی عضلہ میں پھیل کر انقباض پیدا کر دیتے اور بطنوں کو متہیج کر دیتے ہیں۔ تاہم یہ قدر اُذینی بطنی مسدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطن صرف ہر دوسری، تیسری یا چوتھی اُذینی ضرب کی محسوسیت ظاہر کرتے ہیں۔ علاج - یہ پایا گیا ہے کہ ڈیجیٹالس (digitalis) ان امابتوں میں مفید اثر

رکتنا ہے جن میں شرح نبض ۱۳۰ تا ۱۷۰ اور اذینی ضرب کی شرح اس سے دگنی ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دو اس مزاحمت کو زیادہ کر دیتی ہے جو کہ صدمات کو اذینی بطینی بندل کی راہ سے گزرنے میں پیش آتی ہے۔ اور اس طرح بطینی شرح گھٹ جاتی اور نبض سست ہو جاتی ہے۔ بہت سی امایاتوں میں ڈیجیٹالس، اذین کے منتظم گو سرینج انقباض کو درجہ نرم کر دیتا اور اس طرح اذین کا ریشکی انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ اب اگر ڈیجیٹالس موقوف کر دیا جائے تو ممکن ہے کہ قلب اذینی پھر پھر ایٹ کی طرف رجوع کرنے کی بجائے اپنا طبعی فعل اختیار کر لے۔ اس کے بدل کے طور پر (alternatively) کیونینڈین (quinidine) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، یا تو اولاً پھر پھر ایٹ کو روکنے کے لئے یا اس ریشکی انقباض (fibrillation) کو روکنے کے لئے جو ڈیجیٹالس کے علاج سے پیدا ہو گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔

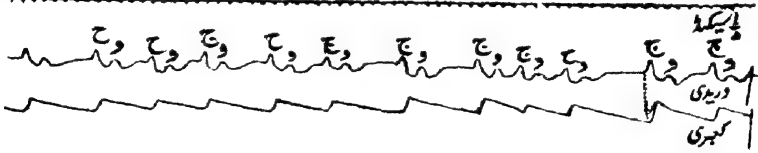
اذین کا ریشکی انقباض

(auricular fibrillation)

اس حالت کی اجمیت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ کسی شفا خانہ عام میں جو مریض فٹل قلب کے لئے داخل کئے جاتے ہیں ان میں سے نصف سے زائد ایسے ہوتے ہیں جو اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اذینی ریشکی انقباض کا ایک کثیر الوقوع پیشرو مادہ روماتزم ہے، اور سرسری طور پر کہا جاسکتا ہے کہ شفا خانہ میں اذینی ریشکی انقباض کی جتنی امایاتیں ملتی ہیں ان سب میں سے نصف ایسی ہوتی ہیں جو مطرانی فیتق (mitral stenosis) کی ہوتی ہیں۔ روماتزمی گروہ نجی مزاوت میں چنداں کثیر الوقوع نہیں، کیونکہ مادہ روماتزم نسبت کم عام ہے۔ دوسرے اسباب تصلب شریان (arteriosclerosis)، غوطہ (goitre)، بشمول بیش درقیت (hyperthyroidism) ہیں اور چند امایاتوں میں مریض بظاہر طبعی حالت میں ہوتا ہے، لہذا یہ کہ اسے ریشکی انقباض ہوتا ہے۔ اذینی ریشکی انقباض جب ایک مرتبہ عویاب ہو جاتا ہے تو پھر وہ عموماً مریض کی بقیہ زندگی بمرقائم رہتا ہے۔ تاہم ریشکی انقباض دوروں کی صورت میں بھی واقع ہوتا ہے اور چند سیکنڈ سے لیکر ایک یا دو مہینے جاری رہتا ہے۔ ایسے مریضوں

کے تجربہ سے ظاہر ہوا کہ ۴۵ فیصدی شریانی تصلب والے تھے، ۲۵ فیصدی روماتزمی تھے، ۱۵ فیصدی کو درقیہ کا مرض تھا، اور ۱۵ فیصدی یا تو طبعی تھے یا تمباکو، الکحل وغیرہ سے یا سرایت سے سموم لیکن سرایت غالباً ابتدائی تر اقسام کے بہت سے مریضوں میں موجود تھی (9)۔

امراضیات - انسانی موضوع میں اذینی ریشکی انتقباض ابتدائے وقت میں راتھ برجر (Rothberger) اور وینبرگ (Winterburg) نے جداگانہ طور پر، اور پھر اس ملک میں لیونس (Lewis) نے بیان کیا۔ سریریاتی حالت ابتدائی ترین زمانہ سے معلوم تھی، اور اس میں نبض کو دائمی غیر نظم نبض (pulsus irregularis perpetuus)



شکل ۳۲ - ایک کثیر نگاری ترقیم ایک ایسے مریض سے جس میں قلب کی کامل بے نظمی تھی۔ بطین کے ہر انکماش کے ساتھ بالائی یا وریڈی منحنی میں ج (c) اور و (v) موجیں ہوتی ہیں۔ معمولی میں انکماش موج و (a) باطل غائب ہوتی ہے۔ و (a) کی غیر موجودگی اور بے نظمی کی موجودگی اذین کے ریشکی انتقباض (fibrillation) سے مسبب کی ماتی ہے۔ (درانتاع لبوس)۔

کہتے تھے۔ میکینزی (Mackenzie) نے مشاہدہ کیا کہ وراجی تریسٹو (jugular tracings) میں موج و (a) غائب تھی اور اُس نے سب سے پہلے اسے شلل اذین کا نتیجہ سمجھا۔ اس سریریاتی حالت کی حقیقی نوعیت اُس وقت پہچانی گئی جبکہ مریضوں کی برقی قلب نگارشیوں (electrocardiograms) اور وراجی نبض تکی تریسٹو (jugular pulse tracings) کا مقابلہ اُن کٹوں سے لی ہوئی تریسٹوں سے کیا گیا جنہیں فرادی رو سے پہچاننے کے ذریعہ اذین کے ریشوں میں انتقباض (fibrillation) پیدا کیا گیا تھا۔ لیونس اور اُس کے رفقاء کے کار کے تازہ تجربات نے اس حالت کی امراضیات (pathology) پر مزید روشنی

ذاتی ہے۔ یہ پہلے ہی بتا دیا گیا ہے کہ اُذینی پھر پھر اسٹ ایک موج انقباض کے باعث ہوتی ہے جو اُذین کے گرد اگر دوبار بار چکر لگاتی ہے۔ ریشکوں کا انقباض بھی ایک چکر لگانے والی موج کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس حالت میں یہ موج فی منٹ تقریباً ۲۰ گردشوں (revolutions) کی رفتار سے سفر کرتی ہے، دائرہ کا محیط نسبت چھوٹا ہوتا ہے موج کا راستہ زیادہ بے قاعدہ ہوتا ہے، اور اُذینی دیوار پر اُس کی شاخیں بھی بہت بے قاعدہ ہوتی ہیں۔ اس کا سبب یہ ہے کہ جب موج اس قدر سرعت کے ساتھ سفر کر رہی ہوتی ہے تو وہ اُذینی عضلہ جس پر سے یہ موج سفر کرتی ہے جو ڈگریزی حالت (refractory state) میں ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ بعض چند ریشے ایسے ہوتے ہیں جو کہ ایصالِ مسدوم کی قابلیت رکھتے ہیں، اور یہ اسوقت جبکہ چکر لگانے والی موج پھر واپس آتی ہے بدل جاتے ہیں، اور اس طرح انقباض کے راستہ میں انتہائی بیقاعدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اُذینی بطینی گروہ (A. V. node) میں بھی بقیہ عضلہ کی طرح بیقاعدہ تحریکات اُٹھتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین بھی بیقاعدگی کے ساتھ ضرب لگانے لگتا ہے۔ لیکن چونکہ کس قدر اُذینی بطینی مسدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، لہذا بطین ہر صدمہ کی جمیبت نہیں ظاہر کرتا۔ لیکن اس کے باوجود ایک علاج نہ کی ہوئی امابت میں بطین کی شرح سرع اور غیر منتظم ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی شناخت بیشتر امابتوں میں مقابلہ آسان ہوتی ہے۔ ضربتہ الراس (apex beat) اور نبض دونوں کسی غالبہ اُذن کی کامل غیر موجودگی ظاہر کرتے ہیں۔ ضربات اپنی قوت اور شرح دونوں میں بالکل غیر منتظم ہوتے ہیں۔ اگر ایک کعبی ترسیم اس بے نظم کو بخوبی ظاہر کرے، تو یہ دیکھنے میں آئے گا کہ ایک طویل توقف کے اختتام پر بجائے اُس قوی ضرب کے جس کی توقع ہو سکتی ہے، ایک نسبت کمزور ضرب ملتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک مختصر وقفہ کے بعد ایک قوی ضرب دیکھی جائے (ملاحظہ ہو شکل ۳۲)۔

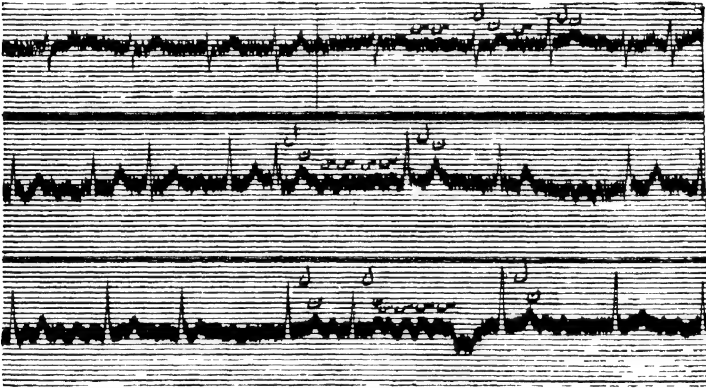
اسوقت جبکہ قلب کی شرح تیز ہو ضرب قلب کا مقابلہ جیسی کہ وہ بذریعہ استتہا سنی جاتی ہے، نبض سے کیا جاتا ہے، اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ قلب کے بہت سے ضربات کلائی تک منتقل ہونے میں سراسر ناکام رہتے ہیں۔ مطرانی ضیق کی امابتوں میں

ڈالی ہے۔ یہ پہلے ہی بتا دیا گیا ہے کہ اُذینی پھر پھر اسٹ ایک موج انقباض کے باعث ہوتی ہے جو اُذین کے گرد گرد بار بار چکر لگاتی ہے۔ ریشکوں کا انقباض بھی ایک چکر لگانوالی موج کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس حالت میں یہ موج فی منٹ تقریباً ۲۰ گردشوں (revolutions) کی رفتار سے سفر کرتی ہے، دائرہ کا محیط نسبتہ چھوٹا ہوتا ہے موج کا راستہ زیادہ بے قاعدہ ہوتا ہے، اور اُذینی دیوار پر اُس کی شاخیں بھی بہت بے قاعدہ ہوتی ہیں۔ اس کا سبب یہ ہے کہ جب موج اس قدر سرعت کے ساتھ سفر کر رہی ہوتی ہے تو وہ اُذینی عضلہ جس پر سے یہ موج سفر کرتی ہے جو ڈگریزی حالت (refractory state) میں ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ بعض چند ریشے ایسے ہوتے ہیں جو کہ ایصالِ مسدوم کی قابلیت رکھتے ہیں، اور یہ اس وقت جبکہ چکر لگانے والی موج پھر واپس آتی ہے بدل جاتے ہیں، اور اس طرح انقباض کے راستہ میں انتہائی بیقاعدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اُذینی بطینی گره (A. V. node) میں بھی بقیہ عضلہ کی طرح بیقاعدہ تحریکات اُٹھتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین بھی بیقاعدگی کے ساتھ ضرب لگانے لگتا ہے۔ لیکن چونکہ کسی قدر اُذینی بطینی مسدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، لہذا بطین ہر صدرہ کی جمبیت نہیں ظاہر کرتا۔ لیکن اس کے باوجود ایک علاج نہ کی ہوئی اصابت میں بطین کی شرح سرِ پچ اور غیر منتظم ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی شناخت بیشتر اصابتوں میں مقابلہ آسان ہوتی ہے۔ ضربتہ الراس (apex beat) اور نبض دونوں کسی غالب قے ازل کی کامل غیر موجودگی ظاہر کرتے ہیں۔ ضربات اپنی قوت اور شرح دونوں میں بالکل غیر منتظم ہوتے ہیں۔ اگر ایک کعبی ترسیم اس بے نظم کو بخوبی ظاہر کرے، تو یہ دیکھنے میں آئے گا کہ ایک طویل توقفہ کے اختتام پر بجائے اُس قوی ضرب کے جس کی توقع ہو سکتی ہے، ایک نسبتہ کمزور ضرب ملتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک مختصر وقفہ کے بعد ایک قوی ضرب دیکھی جائے (ملاحظہ ہو شکل ۳۴)۔

اُس وقت جبکہ قلب کی شرح تیز ہو ضربِ قلب کا مقابلہ جیسی کہ وہ بذریعہ استماع سنی جاتی ہے، نبض سے کیا جاتا ہے، اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ قلب کے بہت سے ضربات کلائی تک منتقل ہونے میں سراسر ناکام رہتے ہیں۔ مطرانی ضیق کی اصابتوں میں

حقیقی اُذینی انکماشِ خَریر (auriculo-systolic murmur) کبھی نہیں ہوتی، کیونکہ اُذین نے ضرب لگانا موقوف کر دیا ہوتا ہے۔ اگر خَریر کبھی سُنائی بھی دے، تو وہ ہمیشہ ابتدائی انبساطی یا وسط انبساطی (mid-diastolic) ہوگی۔ بعض اوقات وہ بہ ظاہر پیش انکماش (presystolic) ہوتی ہے، لیکن یہ ایسی صرف اسی وجہ سے ہوتی ہے کہ قلب بعض اوقات انبساطی خَریر کے ختم ہونے سے پہلے ہی منقبض ہو جاتا ہے۔ جب تعدادِ کافی طویل ہو کہ وسط انبساطی خَریر پورے طور پر ختم ہو جائے، تو حقیقی اُذینی انکماشِ خَریر کبھی نہیں سُنائی دیتی۔



شکل ۳۵۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی برقی قلب بھارش کی عین سی ل (R) او (T) موجیں نہایت بیقاعدگی کے ساتھ واقع ہیں، اور اذینی ف موجیں (P-waves) غیر موجود ہیں، لیکن اُن کی جگہ کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی موجوں (F) نے لی ہے، جو معنی میں مستر ہیں۔ [سرد ابتاع رسیل ویلس (Russel Wells)]۔

جب قلب بے قاعدگی کے ساتھ، اور ایسی شرح سے ضرب لگاتا ہو کہ جو فی منٹ ۲۰ سے زائد ہو، تو یقیناً یہ اُذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی اصابت ہے۔ لیکن جب قلب سستی کے ساتھ، یا یوں کہئے کہ ۱۰ سے کم بار ضرب لگاتا ہو، اور اُس کی بیقاعدگی بھی چنداں زیادہ نہ ہو تو شناخت زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ تاہم ایک مزید قیمتی امارت یہ ہے :- مریض سے کسی ہلکی قسم کی ورزش کے لئے جیسے کہ

اور نیچے جھکنے، یا بستر میں ایک دو بار اٹھ کر بیٹھنے اور پھر لیٹنے کو کہا جاتا ہے۔ اگر اذینی ریشکی انقباض موجود ہے تو اس ورزش سے قلب اور بھی زیادہ غیر منتظم ہو جائے گا۔ دوسری اصابتوں، مثلاً مستزاد انکماشات یا قلبی سدودی میں ورزش کرنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض زیادہ باقاعدہ اور منتظم ہو جاتی ہے۔

انذار۔ اذینی ریشکی انقباض ایک خطرناک حالت ہے۔ دس سال سے زائد زندہ رہنے والے مریض زیادہ نہیں ہوتے۔ فوری انذار کا بیشتر انحصار شرح نبض کو ۹۰ سے نیچے رکھنے کی قابلیت پر ہے، جو ایک امید افزا امارت ہے، اور وہی علاج کا بڑا مقصد بھی ہے۔ قلب جتنا بڑا ہوگا انذار اتنا ہی خراب ہوگا۔ اس کے برعکس جب امتلاکی فشل ہو تو ریشکی انقباض والی اصابتوں میں بمقابلہ ان اصابتوں کے کہ جن میں ریشکی انقباض نہیں ہوتا عارضی صحت یابی ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے (20)۔ کیٹینی ڈین، تقریباً ۵ فیصدی اصابتوں میں، اکثر اوقات صرف عارضی طور پر شفا بخش ثابت ہوتی ہے۔ علاج۔ امراض قلب میں ڈیجیٹالس (digitalis) کو جو بڑی شہرت اور ناموری حاصل ہے اُس کا دار و مدار خاص کر اسی امر پر ہے کہ وہ اس حالت کے علاج میں کامیاب ثابت ہوتی ہے۔

سب سے پہلے علماء میں برونگم کے ایک طبیب ولیم وڈرنگ (William Withering) نے طب کو ڈیجیٹالس سے روشناس کیا۔ اُس نے استسقا کے کامیاب علاج کا ایک خاندانی نسخہ حاصل کیا، جو شراب شائری کی ایک ضعیفہ نے عرصہ دراز تک صیغہ راز میں رکھا تھا اور جس سے اُس نے اُن مریضوں کو اچھا کر دیا تھا جن کے علاج میں نسبتاً زیادہ باقاعدہ المباء عاجز رہ گئے تھے۔ اس دوا میں بیس یا زائد مختلف بوٹیاں تھیں، لیکن وڈرنگ نے اُن میں سے کف الثعلب (fox-glove) کو بحیثیت ایک فعال جزو کے منتخب کر لیا۔ اُس کی کتاب میں ۱۶۳ مریضوں کا حال درج ہے، لیکن وہ استسقا کے غائب ہوجانے اور متناظر ادار پر بربستہ اُس اثر کے جو قلب پر ہوتا ہے زیادہ توجہ دیتا ہے، اگرچہ چند مریضوں میں قلب پر کے اثر کا بطور غامض تذکرہ کیا گیا ہے۔ تاہم وہ مندرجہ ذیل نوٹ کرتا ہے: ”قلب کی حرکت پر اسے اس درجہ کا اقتدار حاصل ہے جو اب تک کسی دوسری دوا میں مشاہدہ میں نہیں آیا“

اگر نبض ۱۰ سے زائد ہو تو مریض کو بستریں رکھ کر اس کا علاج سفوف ڈیجیٹالس (pulv. digitalis) آٹا ۱/۲ اگرین جو کہ معیاری صبغیہ (tincture) کے ۱۰-۱۵ قطرات کے برابر ہوتا ہے، دن میں تین یا چار مرتبہ دے کر کرنا چاہئے یا تازہ میساندہ (infusion) استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اگر نبض کی رفتار میں کمی نہ ہو، تو اس کی مقدار خوراک کو بڑھایا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ ڈیجیٹالس کے تمام کے واضح علامات ظاہر ہونا شروع ہوں۔ وہ علامات یہ ہیں:- متلی، قے، اسہال، اور درہم۔ اب ان علامات کو دور کرنے کے لئے مقدار خوراک کو کافی گھٹا دینا چاہئے، اور اسے مطلوبہ اثر حاصل ہونے تک جاری رکھنے دینا چاہئے۔

حادیانہایت خطرناک امصابتوں میں اسٹروفینٹھین (strophanthin)، ۱/۴ مگرن، لمبی الماح (normal saline) میں ملا کر دروں ویدی طور پر دیکھتے ہیں، اور یہی مقدار مکرر دیا جاسکتی ہے۔ اسے تحت الجلدی یا دروں عضلی راہ سے بھی دیکھتے ہیں۔ دروں ویدی اسٹروفینٹھین چنداں خالی از خطر نہیں، کیونکہ مفید ترین علاجی اثر حاصل کرنے کے لئے دوا کی جو مقدار ضروری ہوتی ہے وہ نہرہی مقدار خوراک کے قریب ہوتی ہے۔ زیادہ دیر تک پڑا رہنے پر اس کی قوت تاثیر میں کمی ہو جاتی ہے۔ اذینی ریشکی انقباض کی حاد امصابتوں کے علاج کا ایک زیادہ خالی از خطر طریقہ ایگلستون (Eggleston) کا ہے، جس نے بتلادیا ہے کہ جب ایک سرخج اور کامل اثر پیدا کرنا ضروری ہو تو اذینی ریشکی انقباض اور قتل القلب والے مریضوں میں، ڈیجیٹالس کی ان مقداروں کی نسبت جو عموماً استعمال کی جاتی ہیں، بہت زیادہ بڑی خوراکیں براہ دہن دیا جاسکتی ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ ڈیجیٹالس کی ایک معقول طور پر معیاری بنائی ہوئی تجہیز (standardized preparation) استعمال کی جائے۔ امریکہ میں ڈیجیٹالس کے علاج کی اکائی (unit for digitalis therapy) ”گریہ اکائی“ (cat unit) کہلاتی ہے، یعنی ڈیجیٹالس (کے سفوف کئے ہوئے پتوں کی ملی گراموں میں ظاہر کی ہوئی) وہ اقل مقدار جو دروں ویدی اثر اب کرنے پر تکی کے لئے جہلک ثابت ہو۔ اس ملک میں ڈیجیٹالس کی بیشتر عمدہ تجہیزوں کی ”گریہ اکائی“ سفوف کردہ پتوں کے ۰.۱ ملی گرام کے برابر ہوتی ہے۔ ان حالات میں ڈیجیٹالس کی وہ مجموعی مقدار جو ایک مریض کو دینا چاہتی ہے ذیل کے ضابطہ میں دی گئی ہے:-

صبغیہ ڈیجیٹالس کے کعب سنٹی میٹروں کی تعداد = ۰.۱۵ x جسم کا وزن

رطلوں میں -

سفوف کردہ پتوں کے گراموں کی تعداد = $x \cdot 0.15$ جسم کا وزن رطلوں میں۔
 مریض کے جسم کے طبعی وزن سے کام لینا چاہئے، اور اس کی تخمین مریض کے حقیقی وزن سے
 کرنے میں کسی اذیمہ کا جو موجود ہو لحاظ رکھنا چاہئے۔ جسمانی طول پر سے قیاس کردہ وزن
 کام میں لایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472)۔ آخر الذکر کی پیمائش قمتہ الرأس (vertex)
 اور عظم الورک کے مہیبات (ischial tuberosities) کے درمیان اُسوقت کرنا چاہئے
 جبکہ مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو۔ شاید زیادہ عالی از خطرہ یہی ہے کہ اندازہ کردہ مقدار کا $\frac{1}{2}$ ہی
 کام میں لایا جائے۔ یہ تخمین کرنے پر ایک بالغ کے لئے عموماً صغیہ کی ۳ ڈرام پانی جانی ہے۔
 بہترین یہ ہے کہ تین یا چار خوراکوں میں چھ چھ گھنٹوں کے فاصلہ سے دی جائے، اس طرح
 پر کہ مجموعی مقدار کے نصف سے شروع کیا جائے، پھر $\frac{1}{4}$ ، پھر $\frac{1}{2}$ ۔ شرح نبض
 کم کرنے میں اعظم اثر ایک دو گھنٹے میں اس طرح حاصل کیا جاسکتا ہے کہ ڈیجیٹالس کے پتوں
 سے ایک خاص مخلوکو سائیڈ ڈیگاکسن (glucoside digoxin) کا دروں وریڈی اثرا
 کیا جائے، خوراک ۵، ۵، ۵ ملی گرام اور ۵، ۵، ۵ ملی گرام کے درمیان، جس کے الکھلی محلول کو اگنا
 مالچ کے ساتھ ہلکا لیا جاتا ہے۔ نیچوں سے ڈیجیٹالینم ویرم (digitalinum verum)
 کا بھی اثرا ب کیا جاسکتا ہے، خوراک ۵ ملی گرام جو کہ ۵، ۵، ۵ ملی گرام ڈیگاکسن (digoxin)
 اور معیاری صغیہ کے ۵ قطرات کے معادل ہوتی ہے۔ ڈیگاکسن براہ دہن بھی فعال ہوتی
 ہے۔ دونوں زیر جلدی بافتوں کے لئے خراس آور ثابت ہوتے ہیں (60)۔

ڈیجیٹالس علاج کا مقصد یہ ہے کہ جب مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو تو اس کی نبض
 ۸۰ اور ۹۰ کے درمیان رہے۔ جب یہ مقصد حاصل ہو جائے تو مریض اٹھ سکتا ہے اور
 پھر یہ مقدار بتدریج گھٹا دیا جاتی ہے اور پھر عموماً یہ دیکھا جائے گا کہ نبض اب بھی سست رہتی ہے
 اس کے لئے جو اقل مقدار ضروری ہے اس کا تعین کر لیا جاتا ہے، اور مریض کو اس مقدار
 کو اپنی باقی زندگی بھر لیتے رہنا چاہئے۔ لیکن اگر ڈیجیٹالس کے علاج کے باوجود شرح نبض
 بدستور بلند رہے تو اس قسم کی دوا سے اس سے زیادہ نہیں کیا جاسکتا۔ دوسرے
 مقتضیات (indications) یہ ہیں کہ بے انتہا محنت سے اجتناب کر لیا جائے، میرایت
 حمل اور قبض سے بچا جائے، اور حتی الامکان تندرست رہا جائے۔ عمومی معدا جس

(general anaesthetics) صرف اسی وقت دینے چاہئیں جبکہ ایک عملیہ سے مریض کی زندگی بہت زیادہ بڑھائی جاسکے، یعنی جب عملیہ علانہ گزیر ہو۔

قلب کو سست کر دینے میں ڈیجیٹالس کا فعل قلبی سدودی پیدا ہوجانیکے باعث ہوتا ہے، جو اس درجہ کی ہوتی ہے کہ ان کثیر التعداد ضدات کو روکنے کے لئے کافی ہوتی ہے جو اذینوں سے پیدا ہو کر بطنین پر پورش کر دیتے ہیں۔ یہ قلبی سدودی غالباً عصب قلب پر راست فعل کے باعث ہوتی ہے، جو غالباً اذینی بطنینی ہنڈل (auriculo-ventricular

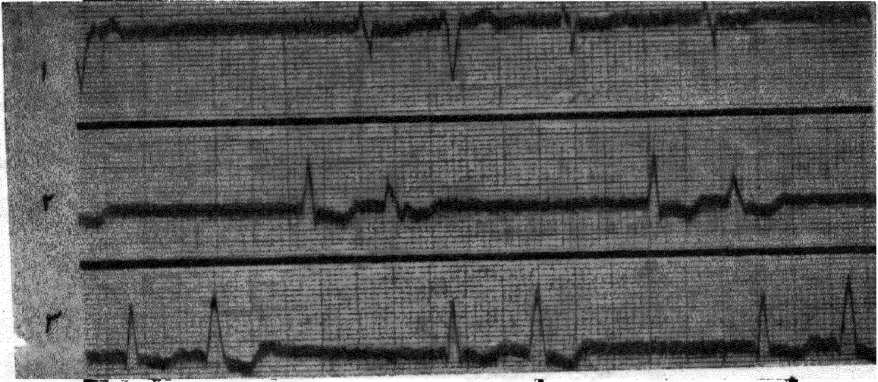
246

bundle) میں کسی مقام پر یا اذینی بطنینی گرو (A. V. node) پر ہوتا ہے۔ تندرست قلوب میں ڈیجیٹالس کا فعل عصب تانیہ کا امتناع (vagal inhibition) پیدا ہو کر ہوتا ہے۔ جب ڈیجیٹالس کا استعمال مد سے زائد جاری رکھا جائے تو ممکن ہے کہ نسیم کی دوسری علامتوں کے علاوہ ”ڈیجیٹالسی مزدوجیت“ (”digitalis coupling“) واقع ہو جائے (شکل ۳۶)۔ نبض سست ہوجاتی ہے، اور قلب مبادلہ لاقوت کے ساتھ اور کمزوری کے ساتھ ضرب لگاتا ہے۔ جب یہ واقع ہو جائے تو ڈیجیٹالس کو عارضی طور پر حذف کر دینا چاہئے۔ یہ خطرے کی امارت ہے۔

۱۹۱۱ء میں فرے (Frey) نے اذین کے ریشکی انفنگل (auricular fibrillation) کے علاج کے لئے دنیا کے طب کو کیوینڈین (quinidine) سے روشناس کیا۔ یہ اذینی عضلہ پر دو طریقوں سے عمل کرتی ہے۔ (۱) یہ گریزی عرصہ (refractory period) کو طویل بنادیتی ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ اذین کے ریشکی انقباض میں اذین کے گرد ایک تیز کسی حرکت ہوتی ہے، اور مزید براں یہ موج تقریباً پورے دور میں پھیل جاتی ہے، اس طرح کہ بڑھتی ہوئی موج کے سر اور اس کی بھاگتی ہوئی دم کے درمیان صرف ایک چھوٹا فصل حرکت عضلہ کا رہ جاتا ہے۔ جب گریزی عرصہ زیادہ ہو جاتا ہے تو اس چھوٹے فصل میں کا عضلہ تحریک ناپذیر ہوجاتا ہے اور وہ حرکت موقوف ہوجاتی ہے۔ (۲) کیوینڈین اذین کی قوت ایصال کو کم کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ موج نسبتہ سست رفتاری سے سفر کرتی ہے۔ یہ فعل سابق الذکر فعل کے خلاف ہے اور موج کا استمرار پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، کیونکہ تحریک پذیر عضلہ کا فصل زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیوینڈین کے اثر کا انحصار اس پر ہے کہ ان دونوں افعال میں سے کون سا فعل زیادہ قوی ہے۔ اگر

پہلا فعل قوی ہے تو اذینی ریشکی انقباض موقوف ہو جائے گا، اور قلب اپنا طبعی توازن بحیرتاً کر لے گا۔ ایسا تقریباً نصف امیبتوں میں ہوتا ہے۔ بقیہ نصف میں یہ دوا بیکار ہوئی ہے اور ممکن ہے کہ یہ دوسرے فعل کے غالب رہنے کی وجہ سے ہو۔

کیونینڈین کا علاج کرنے سے پہلے بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو بستر میں رکھ کر ڈیجیٹالس کے علاج کا ایک ابتدائی نصاب دیا جائے اور بطینی شرح کو ۷۰ اور ۸۰ کے درمیان گھٹا کر اسکی حالت میں اصلاح کر لی جائے۔ اگر اس سے مریض میں کوئی اصلاح نہ پائی جائے تو یہ امیبت کیونینڈین کے لئے ناموزوں ہے، کیونکہ مریض کی اصلی حالت کا



شکل ۳۶۔ ڈیجیٹالس مزدوجیت (digitalis coupling)۔

(ج۔ ایم۔ ایچ کیا مبل)۔

سبب کوئی غیر طبعی توازن نہیں ہے بلکہ زیادہ تر خود قلب میں نقص ہیں۔ اذینی ریشکی انقباض کی وہ امیبتیں بھی کیونینڈین کے علاج کے لئے چنداں موزوں نہیں، جن میں ڈیجیٹالس دے بغیر ہی بطینی شرح سست ہو۔ تازہ سداویت (embolism) کی سرگزشت بھی کیونینڈین کے استعمال میں مانع آتی ہے، کیونکہ اگر اذین میں ایک علقہ (thrombus) موجود ہے تو اسوقت جبکہ اذین پھر طبعی طریقہ سے ضرب لگنا شروع کرے، ممکن ہے وہ آزاد ہو کر سداویت پیدا کر دے۔

اگر کیونینڈین سے علاج کرنے کا فیصلہ کر لیا گیا ہے تو ڈیجیٹالس موقوف کر دیا جاتا ہے

اور دوسرے دن کیونینڈین سلفیٹ کے ۲۔۵ گرام کی ایک ابتدائی خوراک براہِ دہن دی جاتی ہے، یہ دیکھنے کے لئے کہ اس دوا کے خلاف کوئی خاص مزاجی خصوصیت (idiosyncrasy) تو موجود نہیں ہے۔ پھر یہ جیلاتین کے کیسوں کے اندر ۴۔۵ گرام کی خوراکیں میں دی جاتی ہے، پہلے تو دن میں ایک بار، پھر روزانہ دو بار، اور پھر دن بھر میں تین یا چار بار نصف کی شرح اور اس کے نظم پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھی جاتی ہے، اور دوا کے اثر کی مزید توجیح برقی قلب نگاروں کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔ بطبعی شرح ابتدائی زیادہ ہو جاتی ہے لیکن اذینی شرح کم ہوتی ہے۔ کبھی کبھی کیونینڈین سے شری (urticaria) 'دردِ سر'، دوبارن 'سر' اختلا لابتِ بصارت، متلی، قے اور ارتعاج پیش پیدا ہو جاتے ہیں۔ اگر فٹل قلب کے امارت ظاہروں تو اس دوا کو یقیناً موقوف کر دینا چاہئے۔ جب اذینی ریشکی انقباض نہ ہو جائے تو چند ہفتوں تک کیونینڈین کی تھوڑی تھوڑی خوراکیں (روزانہ ۲۔۵ گرام) جاری رکھنا مناسب ہے۔ یہ مقدار بتدریج کم کر کے بالآخر اس دوا کو موقوف کر سکتے ہیں۔ نکلن (relapse) کا ہونا شاذ نہیں اور اس کا علاج بھی اسی اصول پر کرنا چاہئے۔

قلب کا توازن طبعی ہو جانے پر مریضوں کو عموماً زیادہ آرام محسوس ہوتا ہے۔ اور اسی وجہ سے کیونینڈین کو ڈیجیٹالس پر جو ریشکی انقباض کو دفع نہیں کرتا، فوقیت حاصل ہے۔ دائمی اور فوقی دونوں قسم کے اذینی ریشکی انقباض میں کیونینڈین دیا جاسکتی ہے۔ درقی سنی ریشکی انقباض (thyro-toxic fibrillation) کی امابتوں پر کیونینڈین کا اچھا اثر اسی وقت ہوتا ہے جبکہ بیش درقیت (hyper-thyroidism) کا معقول علاج کیا جا چکا ہو۔ کیونینڈین اور ڈیجیٹالس کو ساتھ ساتھ نہیں دینا چاہئے۔

نبض متبادل

(pulsus alternans)

قلب کی غیر طبعی ضرب کی اس قسم میں چھوٹے اور بڑے ضربات متبادل کے ساتھ متبادل ہوتے ہیں، لیکن نبض دو توالی (pulsus bigeminus) یا مزبورج ضربات کے برعکس جس میں ایک چھوٹی ضرب کے بعد کا وقفہ اس سے بڑا ہوتا ہے کہ جتنا ایک بڑی ضرب کے بعد کا وقفہ شروع سے آخر تک وقفہ تقریباً ٹھیک طور پر یکساں ہوتے ہیں اگر

ایک چھوٹی اور بڑی ضرب نبض کے درمیان کا فرق زیادہ نمایاں نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ انگلی سے شناخت میں نہ آئے اور اس حالت کو بتلانے کے لئے نبض نگار (sphygmograph) کی ضرورت پڑے۔ اگر فرق نمایاں ہے، یعنی اگر متبادل کمزور ضربات نہایت چھوٹے ہیں، تو ممکن ہے کہ انہیں انگلی محسوس نہ کرے، اور ایسی نبض غیر معمولی طور پر نسبت سمجھ لی جائے، یعنی وہ دراصل جتنی ہے اُس سے نصف سست۔ منطوق النبض پیسا (sphygmomanometer) سے خون کا دباؤ لینے سے بھی یہ حالت پہچانی جاسکتی ہے۔ دباؤ کے ایک خاص درجہ پر کمزور ضربات غائب (eliminated) ہو جاتے ہیں اور کلائی کی نبض بظاہر اپنی اصلی شرح سے نصف کم ہو جاتی ہے۔ نبض متبادل کی تشخیص برقی قلبی نگارش (electro-cardiogram) کے ذریعہ چنداں آسانی کے ساتھ نہیں ہوتی۔ لیکن صفحہ 240 پر کی شکل ۳۱، تقوید ۳ میں وہ موجود ہے، جیسا کہ ل. م. بولت (R. S. excursion) کی متبادل تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔

یہ غیر طبعی حالت یقیناً عضلہ قلب کی ناقص انقباض پذیری (contractility) یا خستگی (exhaustion) کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ورزش سے بڑھ جاتی یا نمایاں ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عارضی ہو اور غائب ہو جائے لیکن اگر مسلسل ہو تو اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ قوت انقباض پذیری (contractile power) کے نقص کا سبب متقل یا دائمی (persistent) ہے، مثلاً عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration)۔ تجربہ ظاہر کرتا ہے کہ اس کی شدید امثالیں (pronounced cases) شاذ ہی دو سال سے زائد تک موجود رہتی ہیں، اور ناگہانی طور پر موت کا وقوع شاذ نہیں۔ انذار اُس وقت اور بھی خواب تر ہوتا ہے جبکہ متبادل نبض لمبی (slow pulse) کے ساتھ دیکھا جائے۔ اگر یہ حالت محض اُس وقت ظاہر ہو جبکہ قلب سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہو تو انذار چنداں خواب نہیں ہوتا۔

علاج۔ قلب کی قوت کو محفوظ رکھنے کے لئے اُسے سکون و آرام دینا چاہئے۔ ڈیجیٹالس اُن امالینوں میں مفید پایا گیا ہے جن میں نبض تیز ہو، بالخصوص جبکہ اُذیبا بھی موجود ہو۔ اس کے استعمال سے نبض لمبی ہو کر متبادل رُخ ہو جاتا ہے۔

قلیل الوقوع فعل

(بطء القلب = bradycardia)

اگرچہ نبض کبیری اور قلب کا طبعی توازن اکثر ستر فی منٹ سمجھا جاتا ہے، تاہم ساتھ فی منٹ کی نبض بالکل عام ہے۔ بعض اشخاص میں پچاس کی نبض طبعی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ان نبطی النبض (slow pulsed) اشخاص میں آدمی رات کے سرد گھنٹوں میں یا علی الصباح نبض کی شرح گھٹ کر اڑتالیس ہو جائے۔ فاقہ کشی (starvation) اور قلت تغذیہ (under nutrition) میں بھی نبض کی شرح سست پائی جاتی ہے اور بلاشبہ نبض کی یسستی تحول کی تخفیف کی وجہ سے ہے جو کہ واقع ہو جاتی ہے۔

اس حالت کے لئے امتحان کرتے وقت بلاشبہ قلب اور نبض کبیری دونوں کا مشاہدہ کرنا ضروری ہے، کیونکہ کئی حالتیں ایسی ہوتی ہیں جن میں ممکن قلب کی ضرب کلائی تک نہیں پہنچ سکتی، مثلاً نبض متبادل (pulsus alternans) یا نبض دوامی (pulsus bigeminus)۔ اگر صرف نبض ہی دیکھی جائے تو بطء القلب (bradycardia) کا شبہ ہوتا ہے، گو کہ قلب طبعی شرح سے ضرب لگا رہا ہوتا ہے۔

بطء القلب کی بہت سی حالتیں عصب تائیمہ کے مہیاں (vagal stimulation) کے باعث ہو سکتی ہیں، جو معکوس طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ وہ نبض بطی جو کہ ضعف غلظۃ الدماغ (cerebral compression) 'یرقان'، انفلوئنزا اور دوسرے حاد امراض ساریہ کے

248

بعد کی نقیہیت (convalescence) سے ظہور میں آتی ہے اسی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہی الفاظ پورے قلب کی سست رفتاری کے متعلق کہے جاسکتے ہیں کہ جس سے بے ہوشی کا وہ حملہ ہو جاتا ہے جس کا عام سبب جذبہ (emotion) یا دیگر کم کھڑا رہنا ہے یا ممکن ہے کہ بے ہوشی کے وہ حملے پیدا ہوں جو اولی مرض میں ہوتے ہیں۔

دوران تنفس میں قلب کا متبادل آہستہ اور تیز ہونا (جو فی عدم توازن sinus arrhythmia) بھی عصب تائیمہ کے فعل کے سبب سے ہے، نیز وہ کسی قدر غیر عام 'ہیٹی بیتا عدگی' ("phasic irregularity") بھی جس میں تنفس کے تعلق کے بغیر

اور بلا کسی ظاہری سبب کے پورا قلب نوبی لمحہ پر سست پڑ جاتا ہے۔

ایک دوسری غیر عام حالت جو بطن القلب (bradycardia) پیدا کر دیتی ہے جو فی اذینی مسدودی (sino-auricular block) ہے، لیکن خود جو فی اذینی مسدودی کا عصب تائیہ کے ہیجان کے باعث ہونا ممکن ہے۔ طویل المدت بطن القلب کا ایک غامض عام سبب اذینی بطنی مسدودی ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ یہ مسدودی کامل درجہ کی ہو۔

بطین کا ریشکی انقباض

(ventricular fibrillation)

برقی قلب نگار کی وسالت سے ریشکی انقباض کا وقوع بطین میں اسی طرح ہوتا دیکھا گیا ہے کہ جس طرح اذین میں۔

بالعموم یہ موت سے فوراً پہلے دیکھا جاتا ہے، گو یہ ضروری نہیں ہے کہ یہ موت کا سبب ہو۔ لیکن جانوروں میں، اور شاید موقعوں پر انسان میں بھی، یہ کچھ عرصہ کے بعد موقوف ہو کر شفا یابی واقع ہو گئی ہے۔ صعقہ (lightning stroke) میں موت کا سبب یہی معلوم ہوتا ہے، اور بعضوں کا یقین ہے کہ عدم حیثیت کلوروفارم کی بعض جہلک وارداتوں کی توجیہ بھی اسی سے ہوتی ہے۔

قلب کی تعویض

مرض میں قلب بسا اوقات کسی قدر ازکار رفتگی کے تحت فعل کرتا ہے۔ جب قدرتی اعمال کے ذریعہ قلب کی طاقت بڑھ کر اس ازکار رفتگی پر غلبہ حاصل ہو جاتا ہے، تو قلب کو تعویض یافتہ کہا جاتا ہے۔ قلب کی طاقت اس طرح بڑھ سکتی ہے کہ عضلی دیواروں کی دبازت بڑھ جائے۔ اس کو بیش پس و دش کہتے ہیں، جس کے ہمراہ ممکن ہے کہ ہفوں کا اتساع پایا جائے یا ممکن ہے نہ پایا جائے۔

جب یہ ازکار رفتگی کہ جس کے تحت قلب فعل کرتا ہے ادنیٰ درجہ کی ہو، تو بیش پرورش اس حد تک واقع ہو جائے گی کہ قلب سے خواہ کوئی کام بھی انجام دینے کا

مطالبہ کیا جائے اس کی جمیدیت اتنی ہی موثر ہوگی جیسی کہ کسی لمبی شخص میں۔ چنانچہ شدید ترین قسم کی عضلی ورزش کے بعد بھی مریض معمول سے زیادہ گستہ نفس نہیں ہوتا ایسی ازکار رفتگی کو مکمل طور پر تعویض یافتہ کہتے ہیں۔ اگر یہ ازکار رفتگی بلند تر درجہ کی ہی ہو، تو مریض کو آرام کی حالت میں یا ہلکی ورزش کے دوران میں تو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، لیکن جب ورزش شدید تر ہو تو وہ لمبی سے زیادہ گستہ نفس ہو جاتا ہے، اور یہ گستہ نفسی کچھ مدت تک قائم رہتی ہے۔ اس صورت میں گویا قلب ہلکی ورزش کے لئے تعویض یافتہ ہے، لیکن شدید تر ورزش کے لئے تعویض نیا یافتہ ہے۔ ایسی صورت کے لئے جزوی یا نامکمل تعویض کی اصطلاح کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔

اس سے بھی شدید تر امیبتوں میں، جبکہ قلب کا فشل ہو رہا ہوتا ہے، مریض بستر پر آرام کی حالت میں پڑا ہوا بھی گستہ نفسی اور دیگر علامات ظاہر کرتا ہے۔ اس صورت میں تعویض کا مکمل فشل ہو چکا ہے، اور قلب کے مختلف گوشک اس سے زیادہ تسع ہو چکے ہیں کہ جتنے وہ تعویض کے فشل سے قبل تھے۔

بیش پرورش

(hypertrophy)

قلب کی بیش پرورش، جسم کی قدرتی جمیدیت ہے جو کہ قلب پر پڑے ہوئے زائد کام کی وجہ سے ظہور میں آتی ہے، اور جو اسی وقت تک واقع ہو سکتی ہے جب تک کہ خون کی ایک معقول رسد پہنچ کر قلب کے تغذیہ کو بخوبی قائم رکھے۔ جب بطنوں کی بیش پرورش، قناطر کمفوں کے ازدیاد (اتساع) کے بغیر واقع ہو تو اسکو ہم مرکز بیش پرورش کہتے ہیں، اور اس امر کے پیش نظر کہ زائد کام قلب کی کس جانب پر پڑتا ہے، یہ چپ جانبی یا راست جانبی ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ دونوں جانبیں مساوی طور پر متاثر ہوں۔ چپ جانبی بیش پرورش جب بائیں بطن کے اتساع کے بغیر ہو تو اس کے اسباب مسبب ذیل ہیں۔ (۱) اورطی مصراعوں کا مرض، جبکہ اس سے دہنہ کی تنگی واقع ہو۔ (۲) نہایت شاذ طور پر اورطی کی سپیشی تنگی۔ (۳) بڑھا ہوا اثریاتی تناؤ۔ (۴) قلب کا مسلسل مربع فعل

جیسا کہ مخوفی کیلئے (exophthalmic goitre) میں ہوتا ہے۔ (۵) انضامات تادمہ جو حرکات قلب میں مزاحم ہو کر قلب پر زائد کام کا بار ڈال دیتے ہیں۔

دائیں بطن کی بیش پرورش، ریوی دوران خون میں تسد ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ تسد (۱) ریوی دہنہ پر واقع ہو سکتا ہے، بوجہ مصراعات کے پیداشی نشوآت (malformations)، دہنہ کی پیداشی تفتیق، ریوی مصراحوں کے اکتسابی مرض، یا شریان ریوی کے قاعدہ پر اور طی انورسہا کے دباؤ کے۔ (۲) پھیپھڑوں میں واقع ہو سکتا ہے، بوجہ نفاخ، مزمن شعبی التهاب، تمدد الشعب (bronchiectasis)، اور گاہے بوجہ مزمن سہل ریوی کے۔ اور (۳) قلب کے بائیں جانب کے اولی مرض کی وجہ واقع ہو سکتا ہے، جس سے بایاں اذین اور ریوی دوران خون مختن (engorged) ہو کر پھیپھڑوں میں خون کا دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔

اور طی بازروی اور دیگر بازرو ضرات میں، جیسا کہ بعد میں بیان کیا جائے گا، تعویض ہمیشہ اس طرح واقع ہوتی ہے کہ وہ کہفہ کہ جس میں اور جس سے خون بازرو ہوتا ہے اولی (تعویضی) طور پر تسع ہو جاتا ہے، اور بیش پرورش اتساع کے بعد ثانوی طور پر ہو جاتی ہے۔ اس کو منحرف المکرکز (excentric) بیش بدورس کہتے ہیں، اور یہ اصطلاح اور طی بازروی میں بائیں بطن کے متعلق خاص طور پر استعمال کی جاتی ہے۔ اذینوں کی بیش پرورش، شاذ و نادر ہی اتساع کے بغیر واقع ہوتی ہے، لیکن مطرانی ضیق میں بائیں اذین میں بیش پرورش کا غلبہ ہوتا ہے۔ یہ اذینی بطنی مصراحوں کے تفتیق یا عدم کفایت سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ اور طی بازروی (aortic regurgitation) ہی میں شریہ در سب سے اعلیٰ درجہ کی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بطنی دیوار اپنی طبعی دبازت کی نسبت دگنی ہو جائے۔ ایسی صورتوں میں ہمیشہ بطن کا اتساع ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے، اور دوسرے کہفوں میں بھی تناسب تغیرات ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا وزن ۶۰۰ اور ۳۰۰ گرام کے درمیان کہیں نہ کہیں ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں کو قلب الثور (cor bovinum) کہتے ہیں۔ دائیں بطن کی بیش پرورش میں اس کا راس اپنی مد سے تجاوز کر کے راس قلب میں متداخل ہوتا ہے، اور نمایاں اصابتوں میں جب سامنے سے قلب کو

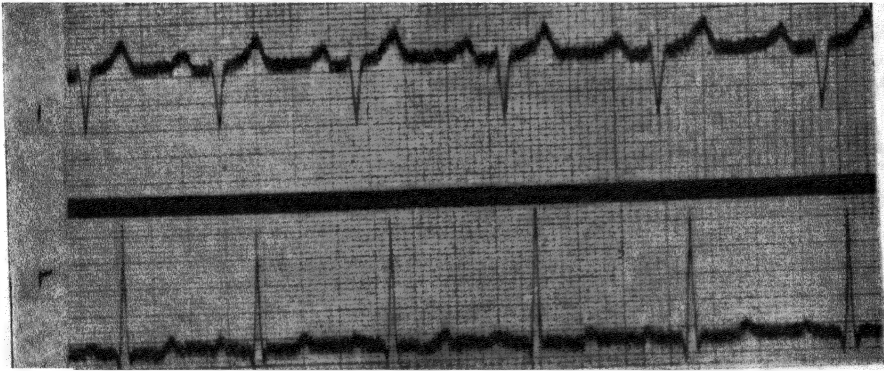
دیکھا جائے تو بایاں بطنین بشکل نظر آتا ہے۔ دایاں بطنین دائیں جانب کی طرف بھی اس سے زیادہ آگے تک پھیل جاتا ہے کہ جہاں یہ معمولی طور پر ہوتا ہے۔

طبعی امارات۔ راست و چپ جانبی بیش پرورش کے طبعی امارات جو کہ عام طور پر ستم ہیں بسا اوقات زیادہ اعتماد کے قابل نہیں ہوتے۔ وہ حسب ذیل ہیں:-
چپ جانبی بیش پرورش کی حالت میں صدم القلب (impulse) جاشی (heaving) ہوتا ہے اور ایک وسیع رقبہ پر مسوس ہو سکتا ہے درحقیقت ممکن ہے کہ کلائی یا فٹہ قلب سینہ کو متقللاً باہر کو ابھرا ہوا بنا دے۔ جب بائیں بطنین کا تنویضی اتساع بھی موجود ہو تو صدمہ کامل وقوع طبعی حالت کی نسبت زیادہ نیچے کو اور باہر کی طرف ہٹا ہوتا ہے؛ اور پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) متناظر طور پر بائیں طرف کو بڑھی ہوتی ہے۔ ہم مرکز بیش پرورش میں پیش قلبی اصمیت کی زیادتی غنیف ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ کلائی یا فٹہ قلب پھیپھڑوں کے نفلخ سے بکلم چپ جائے۔ مستقل طور پر زیادہ بڑھا ہوا خون کا دباؤ ہمیشہ یہ معنی رکھتا ہے کہ بایاں بطنین بیش پروردہ (hypertrophied) ہے۔ اسی طرح بیش پرورش ان دیگر اسباب کی موجودگی سے بھی مستنبط کی جاسکتی ہے جو کہ اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔

دائیں بطنین کی بیش پرورش کے امارات چپ جانبی بیش پرورش کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ثمراسیف (epigastrium) پر ایک انکماش صدم (systolic impulse) نظر آئے، بچوں اور دُبلے پتلے افراد میں جب ہاتھ کو ثمراسیف میں اور بائیں نعلی ماسیہ کے نیچے رکھ کر اوپر کو گھسیا جاتا ہے تو دایاں بطنین حقیقتاً اس کے پاس ضرب لگاتا ہوا مسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ضربۃ الراس (apex beat) بھی کسی قدر بائیں طرف کو منتقل ہو گئی ہو اور پیش قلبی اصمیت بڑھ گئی ہو۔
استماعی امارات پر غور ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔

دائیں اور بائیں بطنین کی اضافی بیش پروردگی کے متعلق غالباً صحیح ترین معلومات برقی قلب نگار سے ماہل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۳، اور ۳۸)۔ راست جانبی غلبہ میں م انصراف (S. deflection) پہلی تقوید (Lead I) میں، اور ل انصراف (R. deflection) تیسری تقوید میں بڑھ گئے ہیں، چنانچہ اشکال کے اندر بطنین علامتات

(ventricular complexes) "ایک دوسرے کی طرف رُخ کئے ہوئے ہیں" (شکل ۲۵)۔
 چپ جانبی غلبہ میں اس کے برعکس حالت ہوتی ہے اور "علامیات ایک دوسرے سے
 مُخ بھیرے ہوئے ہیں" (شکل ۲۶)۔ لیونس (Lewis) اور کٹن (Cotton) نے پیش کردہ
 کے اس طریقہ تعین کی صحت اس وقت ثابت کر دی جب کہ اس نے موت کے بعد
 قلب کی تقطیع احتیاط کے ساتھ کر کے دائیں بطن کو بائیں بطن سے علیحدہ کرنے کے بعد
 دونوں کے وزنون کا مقابلہ کیا۔ لمبی مثالوں میں بائیں بطن اور دائیں بطن کے درمیان
 تناسب ۱:۱ بمقابلہ ۱:۲ تھا۔ نمایاں مطرائی تنگی (mitral stenosis) میں وہ ۱:۲.۵

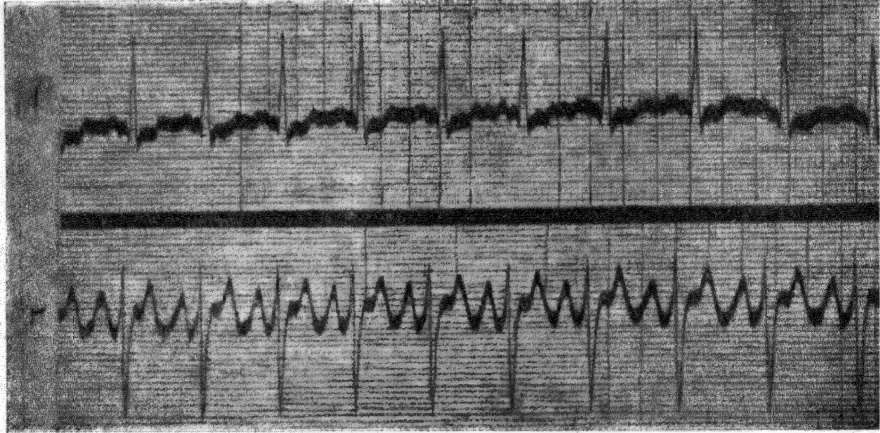


شکل ۲۷۔ مطرائی سبقت (mitral stenosis) کے ایک مریض کے معاملہ شدہ
 راست جانبی غلبہ۔ (جے۔ ایم۔ ایچ جو کیا مدیل)۔

۲۵۰ بمقابلہ ۱ تھا، جس سے دائیں بطن کا غلبہ ظاہر ہوتا ہے۔ اور لمبی مرض میں آٹھ مہینوں میں
 چپ جانبی غلبہ تھا، اور سات مہینوں میں دائیں جانب کی بیش پرورش بھی اُس قدر
 نمایاں تھی جس قدر کہ بائیں جانب کی۔ رنکی التهاب گردہ (interstitial nephritis)
 کے ہمراہ پانی جانے والی بیش پرورش میں عموماً خفیف سا چپ جانبی غلبہ تھا، جسکی نسبت
 اوسطاً ۲:۱ بمقابلہ ۱ تھی۔

لاشعاعی امتحان سے ممکن ہے کہ ایک زور سے فعل کرتا ہوا بیش پروردہ
 بایں بطن نظر آئے یا زیریں وائیں حصہ قلب پر ایک نبضان نظر آئے جو کہ ایک بیش پروردہ

وائیں بطن کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن قلبی سایہ کی جسامت اور شکل بیش پرورش اور اتساع کے دربان انیاز کرنے کا موقعہ نہیں دیتی۔ اس قسم کے ذرائع سے دریافت ہوا ہے کہ قلب کی جسامت، میٹھکر کام کرنے والوں کی نسبت پہلوانوں میں زیادہ ہوتی ہے، اور انڈرگریجویٹس (undergraduates) کے ایک گروہ میں یہ پایا گیا کہ



تکمل ۳۔ اور میٹھ اور مازوی (aortic stenosis and regurgitation)

کے ایک مریض سے حاصل شدہ عیب جانبی قلب۔

جب وہ ماقاعدہ مشقت آمیز ورزش کے عادی ہو گئے تو اُن کے قلب کی جسامت بڑھ گئی۔ جسامت کی یہ زیادتی غالباً بیش پرورش کے باعث تھی۔

اتساع

(dilatation)

بحث اسباب۔ اتساع کی اصطلاح کا اطلاق، قلب کے کہموں کی جسامت کی زیادتی پر کیا جاتا ہے جو دوران انساط (diastole) میں واقع ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بعض امراضیاتی حالتوں میں بطن اپنے مافیہ پرکلی طور پر منقبض نہ ہو سکے، جس کا نتیجہ یہ ہو کہ کچھ یس ماندہ خون (residual blood) باقی رہ جائے، لیکن اس کے متعلق انسان میں ہم کو یقینی طور پر کچھ بھی نہیں معلوم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ ”قلب ششی تجہیز“

”heart lung preparation“ میں یہ تجربہ واقع ہو جائے (Starling)۔

امراضیات - اتساع کی دو قسمیں ہیں - (۱) اورطی اور مطرانی بازروی (aortic and mitral regurgitation) کا تعویضی اتساع (compensatory dilatation) جو اس وجہ سے ہوتا ہے کہ قلب کا وہ خاص گوشک خون کی طبعی مقدار کے علاوہ جو اس میں شش سے آتی اور عام دوران خون میں آگے بھجی جاتی ہے باز رفتہ خون کی فاضل مقدار کو بھی اپنے اندر جگہ دے دیتا ہے۔ یہ حالت اس امر کے تناقض نہیں ہے کہ عضلہ قلب بالکل تندرست ہو۔ (۲) پھر وہ اتساع ہے جو دباؤ کے باعث بطبعی دیواروں کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کا نفل تعویض ایک لازمی نتیجہ ہے اور جس کے ساتھ اکثر عضلہ قلبی مرض پایا جاتا ہے (جو ملاحظہ ہو) ایسٹریٹنگ (Starling) کے تجربات سے مترشح ہوتا ہے کہ اتساع کی یہ دوسری قسم بھی ایک تعویضی میکا نیت ہو سکتی ہے، جو قلب کو زیادہ زور کے ساتھ ضرب لگانے کی قابلیت بخشتی ہے، کیونکہ قلب کے عضلہ ریشہ کا ارتخا (relaxation) جتنا زیادہ ہو، ضرب اتنا ہی زیادہ قوی ہوگی۔ اسے ”قانون قلب“ (”Law of the Heart“) کہتے ہیں۔

قلب کا خفیف سا اتساع عضلہ ورزش کے دوران میں طبعی طور پر بھی ہوتا ہے اور اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہر ضرب کے ساتھ خون کی برآمد زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن لاشعائی شہادت کی بناء پر یہ بالکل یقینی ہے کہ ورزش کے فوراً بعد قلب طبعی طور پر سکڑ جاتا ہے اور اس کی جمامت بہ نسبت اس کی سکونی جمامت کے کس قدر چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس، یہ پایا گیا ہے کہ آغا ز پذیر نفل قلب کی اصابتوں میں قلب عضلہ ورزش کے بعد اتساع ظاہر کرتا ہے۔

مرضی تشیخ - قلب کی جمامت اور شکل پر جو اثرات پیدا ہوتے ہیں وہ کثرت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ عمومی اتساع میں قلب زیادہ گلوبوچہ نما ہو کر عرضاً چوڑا ہو جاتا ہے۔ قسح بایاں بطنیں بائیں جانب کی طرف بڑھ جاتا ہے۔ جب دایاں بطنیں زیادہ قسح ہوتا ہے تو قلب کی مثلثی شکل جاتی رہتی ہے، وہ زیادہ گلوبوچہ نما ہو جاتا ہے اور اس تمام تر بایں بطنیں سے بننے کے بجائے جزو دائیں سے بھی بنتا ہے۔ دیواروں کی دبازت کا انحصار اس پر ہوگا کہ اتساع کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہے یا نہیں۔

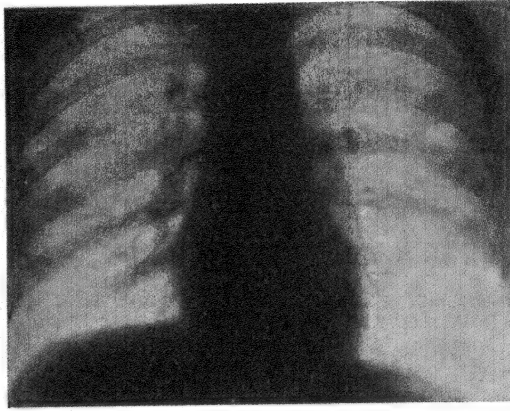
اتساع کے ساتھ دیواروں کا پتلا پن موجود ہو تو بطبعی دیواریں گھٹکر ۱/۲ انچ کے برابر، اور اس پر اس سے بھی کم ہو سکتی ہیں، لہذا اس عموماً سب سے زیادہ پتلا حصہ ہوتا ہے۔ اذینی بطبعی دہنے اتساع میں شرکت کرتے ہیں، اور اکثر ان کے مصراعوں کی عدم کفایت (incompetence) پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اذینوں میں بھی بہت زیادہ اتساع واقع ہو جائے، اور اس کے ساتھ اکثر اذینی دیواروں کی کسیتقدر بیش پرورش موجود ہوتی ہے۔

بطبعی امارات۔ قلب کی بڑمی ہوئی جسامت، [جیسی کہ پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) کی زیادتی سے یا لاشعاعوں سے پیدا شدہ قلبی چھائیں کی کلائی سے ظاہر ہوتی ہے] بیش پرورش، یا اتساع، یا ان دونوں کے امتزاج کے باعث ہو سکتی ہے، لیکن اغلب یہی ہے کہ اگر ان طر بقول سے کوئی بہت بڑی کلائی مشاہدہ میں آئے تو وہ خامسکر اتساع کے باعث ہوتی ہے۔ کوئی کلائی جو عظم القفس سے دائیں جانب ہو اذینی اتساع کے باعث ہوتی ہے، کیونکہ اذینی دیوار، اگرچہ وہ بین کمرہ بھی ہو، تاہم بالکل پتلی ہوتی ہے۔ اور یہ تقریباً ہمیشہ دائیں اذین کا اتساع ہوا کرتا ہے لیکن مطرانی مرض کی متعدد اصابتوں میں، جن میں بائیں اذین کی بے انتہا کلائی ہوتی ہے، بائیں اذین نے حقیقتاً قلب کا دایاں کنارہ بنا دیا ہے (11)، کیونکہ بایاں اذین ہمیشہ دائیں طرف ہی کلائی یافتہ ہوتا ہے۔ بین الاضلاع فضاؤں میں قسح اذین پر انخلیاں رکھکر اکثر ضرب قلب کو محسوس کر لینا ممکن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بائیں اذین کا اتساع مری پر دباؤ ڈالکر عسر البلع (dysphagia) پیدا کر دے، اور بائیں حجابی عصب (phrenic nerve) پر دباؤ ڈالکر بظاہر بائیں حجاب عاجز کا استرخاء بھی پیدا کر دے، جو راقم الحروف نے ایک مریض میں دیکھا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بائیں شش کے زیریں حصے کو یا بائیں شعبۂ کودبا کر پچکا کر دے، یا بائیں جبل الصوت (vocal cord) کا شکل پیدا کر دے۔ جب مریض لاشعاعی ٹیوب (انبوبہ) کی طرف منہ کر کے، اور اپنا دایاں شانہ مشاہد کی طرف رکھکر ترجمی وضع میں کھڑا ہو تو اس کے بائیں اذین کا مشاہدہ لاشعاعی پرے پر کیا جاسکتا ہے۔ اگر بریم (barium) سے مری کا خاکہ حاصل کیا جائے تو یہ اپنی جگہ سے ہٹتی ہوئی نظر آئے گی۔

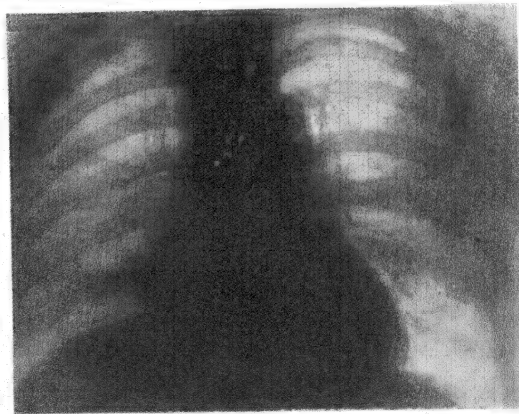
بطینوں کا اتساع، پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) اور
 لاشعاعی چھاؤں کی زیادتی عظم القص (sternum) کے بائیں طرف پیدا کرتا ہے۔
 انتہائی اصابتوں میں یہ چھاؤں سینہ کی بائیں دیوار تک پہنچ جاتی ہے اور صدقہ القلب
 بغل میں محسوس کیا جاسکتا ہے، لیکن ممکن ہے یہ منتشر اور کمزور ہو۔ بائیں بطین کے
 اتساع کے ساتھ اکثر ایک انکماشنی خریر (systolic murmur) موجود ہوتا ہے جو
 مطرانی بازروی (mitral regurgitation) کے باعث ہوتا ہے، اسی طرح دائیں
 بطین کا اتساع اکثر شش بازروی (tricuspid regurgitation) پیدا کرتا ہے۔

تعویض (compensation) کا فشل

فشل تعویض، قلب کی دونوں جانبوں میں بیک وقت ہوتا ہے، یا راست
 جانبی یا چپ جانبی ہوتا ہے۔ آخر الذکر نسبت حال ہی میں دریافت ہوا ہے۔
 امراض صیاتی - تندرست موضوع پر لاشعاعی مشاہدات کرنے پر یہ ثابت
 ہوا ہے کہ شہیق کے ختم پر قلب اور پھیپھڑوں میں اس سے زیادہ خون ہوتا ہے کہ
 جتنا زفیہ کے ختم پر، نیز یہ کہ مزار بند کر کے زور دار شہیق کی کوشش کرنے پر قلب اور
 پھیپھڑے خون سے مطمئن ہو جاتے ہیں [ملر (Muller) کا تجربہ]، حالانکہ مزار بند کر کے
 زور دار زفیہ کرنے پر یہ خون سے غالی ہو جاتے ہیں [والسلوا (Valsalva) کا تجربہ] جیسا
 صفحہ نمبر ۱۳ میں دکھایا گیا ہے۔ ان مشاہدات کی واحد توجیہ یہ ہے کہ بائیں اور دائیں
 بطینوں کے درمیان ایک عارضی ناہم آہنگی واقع ہو جاتی ہے۔ طبعی حالات میں ایک
 دی ہوئی مدت کے اندر، پھیپھڑوں میں دائیں بطین کی برآمد اور نظامی دوران خون
 میں بائیں بطین کی برآمد مساوی ہوتی ہیں، اور اگر یہ دونوں برآمدیں مساوی نہ ہوں تو
 پھیپھڑے خون سے محروم یا مطمئن ہو جاتے ہیں۔ والسلوا کے تجربے میں یہ خون سے
 محروم ہو جاتے ہیں اور اس کی وجہ یہ ہے کہ دائیں بطین کو پھیپھڑوں کے اندر ایک بلند
 مثبت دباؤ کے خلاف فعل کرنا پڑتا ہے اور بائیں بطین کے مقابلہ میں اس کا عارضی طور
 پر فشل ہو جاتا ہے۔ ملر کے تجربے میں دائیں بطین کو منفی دباؤ سے مدد ملتی ہے اور پھیپھڑوں
 میں اس سے نیا وہ خون پمپ (pump) ہوتا ہے کہ جتنا بائیں بطین کے ذریعہ خارج



الف۔ سینہ طبعی شہیق کے ختم پر۔ (واسلو کا تجربہ)۔ سانس کو روک کر تسد کے خلاف زور وار زفیہ کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ نبض کلائی محسوس نہیں کی جاسکتی تھی۔ لیکن پردہ پر سایہ ڈالنے پر قلب خفیف حرکات کرتا ہوا دکھائی دیا۔



ب۔ سینہ طبعی شہیق کے ختم پر۔ سانس کو روک کر تسد کے خلاف شہیق کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ (جی۔ پی کروٹن: G. P. Crowden) کا مشاہدہ جو مجلہ شفا خانہ کانی سے طبع کیا گیا۔

ہو سکتا ہے۔ یہ احتقان اضافی چپ جانبی فشل ظاہر کرتا ہے۔

عضلی قلبی انحطاط کے ایک مریض پر ایک مسدود دورتی نفسی آلہ کے ذریعہ مشاہدات کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ قلب اور ریوی دور کا ایسا احتقان ہو کہ حاد چپ جانبی فشل کا نتیجہ تھا، عضلی محنت کی اثناء میں پیدا ہوا اور آرام کے پہلے ایک دو منٹ کے اندر غائب ہو گیا، اور اس صورت حالات کو آکسیجن کے ذریعہ تسکین ہوئی (10)۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس نوعیت کا حاد چپ جانبی فشل مقابلتہ بہت عام ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر تانچہ فعل (vagal action) کے ذریعہ معکوس طور پر شعبنتوں کا شنج واقع ہوتا ہے، اور انتہائی امابنتوں میں، جبکہ امتلا کے بعد اُذیا واقع ہو جاتا ہے، چھوٹے چھوٹے شہیتی ہانپوں (gasps) سے منقطع ہونے والا امالت پذیر گنگرو دار زیر واقع ہوتا ہے۔ یہ ایک محافظ میکانیہ ہے کیونکہ امالت پذیر زیر، پیچھے پھڑوں کے اندر دباؤ کو زیادہ کر دیتا ہے اور اس طرح بیش فعال دائیں بطن کو روکتا ہے، نیز دروں ریوی دباؤ کی تخفیف کا نہایت ہی خطرناک عرصہ ممکنہ مدت تک چھوٹا ہو جاتا ہے۔

مرضی تشریح۔ چپ جانبی فشل میں پیچھے متاثر ہونے میں ابتدائی درجوں میں محض پیچھے کے وریدی اصلیات (venous radicles) کی زائد معمولی (fulness) ہوتی ہے۔ مزید برآں اکثر ہوائی حوصلات اور دقیق شعبی انبویات کے اندر مصل کا عجز ارتشاح (transudation) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کو تراشنے پر اُس سے زردی مائل یا تقریباً بے رنگ جما گدار مائع کی ایک مقدار نکلتی ہے۔ ترقی یافتہ امابنتوں میں شش کے ماؤف ترین حصے ٹھوس، لوچدار، بے ہوا، خون زادلون کی موجودگی کی وجہ سے رنگ میں بھورے اور یکساں طور پر چمکنے ہو جاتے ہیں۔ اس حالت کو قلبی شش (heart-lung) یا بھورا تصلب (brown induration) کہا جاتا ہے۔ بھورا تصلب اور معمولی اُذیا دونوں بالخصوص زیریں لٹھوس کے قاعدوں کو ماؤف کرتے ہیں۔ دوران خون میں مقامی مداخلت ہونے کی وجہ سے اکثر پھیروائی کہنہ کے اندر سیال کا کیتقدر عجز ارتشاح (استقائے صدر = hydrothorax) واقع ہو جاتا ہے، اور شعبی التهاب، ذات الریہ، یا ذات الجنب کی شکل میں شش کے التهابی مضرات کا میلان پیدا ہو جاتا ہے۔ ان اثرات میں کوئی اثر ایسا نہیں جو کہ لازماً

دو جانبی ہو۔ ارتشامات اکثر اس جانب کو متاثر کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ جہد صریض لیٹتا ہے۔

دست جانبی فشل میں زیر جلدی بافتوں کا عمومی اُذیا ہوتا ہے، جو کہ استسقاٹے کلی کہلاتا ہے۔ افقی وضع میں متلی شدہ اور استسقاٹنی رقبہ دھڑ میں شروع ہوتا ہے اور خون کے حجم کے اُزدیاد کے ساتھ ساتھ محیطی طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ استسقاٹے نراقی اور باریونی استسقا، بھی موجود ہوتے ہیں۔ استادہ وضع میں دھڑ کی وریدیں، جاذبہ کے اثر کے تحت، مجتمع خون سے کسی حد تک خالی ہو جاتی ہیں جو کہ ٹانگوں کے صرف سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ ٹانگیں متلی رقبہ کا جزو بن جاتی ہیں، اور ٹانگے بڑھی ہوئی برآمد کی وجہ سے بھول جاتے ہیں۔ سر اور بالائی حصے بڑھے ہوئے لمنی انجذاب کی وجہ سے سکڑ جاتے ہیں۔ اسی طرح اگر سر اور بازو نیچے کو لٹکے ہوئے ہوں تو یہ حصے متورم ہو جاتے ہیں اور ٹانگیں سکڑ جاتی ہیں۔ ایک نہایت ہی ترقی یافتہ اصابت میں امتلی شدہ رقبہ اوپر ٹانگوں میں پھیل جاتا ہے، اور اس طرح دونوں ٹانگیں ساری کی ساری، اور دیوار شکم بے حد متورم ہو جاتے ہیں۔ حقیقت یہ ہے کہ تقریباً تمام جسم کی وریدیں اس طرح متاثر ہو سکتی ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جسم یہ طریقہ اس لئے استعمال کرتا ہے کہ وہ اپنے عروق کو کثرت الدم (plethora) سے محفوظ رکھنے کے لئے فاضل سیال کو مذخور رکھے، کیونکہ گردے اپنی امتلائی حالت کی وجہ سے اس کو خارج نہیں کر سکتے (54)۔

کبدی وریدیں تختانی ورید اجوف کے اندر دائیں اذین سے استقدر قریب واہموتی ہیں کہ مرض قلب کا اثر جگر کے دوران خون پر باسانی سمجھ میں آ سکتا ہے۔ جگر بہت بڑا ہوجاتا ہے، اور رنگ میں نسبت زیادہ سیاہ ہوتا ہے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں سرخ، زرد، اور سپید دھتوں کا ایک عجیب منظر اختیار کر لیتا ہے، جس پر حواری جگر (nutmeg liver) کے نام کا اطلاق کیا گیا ہے۔ تراشنے پر ہر ٹخک میں ایک بڑی، بوئی کبدی ورید کی بیخک (rootlet) جاگزیں نظر آتی ہے، جو عرضاً کٹ گئی ہے، اور ٹخک کا متصلہ مرکزی منطقہ سیاہ سرخ یا ارغوانی ہوتا ہے۔ اس سے باہر ایک زرد رنگ کا منطقہ ہے، جو اس کے اندر صغراً، محسوس ہونے کی وجہ سے

ایسا ہے۔ لیکن لٹنگ کا بیرونی منطقہ سپید یا رماوی رنگ کا ہے، جو خود بین کے نیچے ایسے غلیظوں پر مشتمل نظر آتا ہے جو ترقی یافتہ قشعی انحطاط کی حالت میں ہیں۔ گردے - یہ متلی ہوتے ہیں، اور اسی وجہ سے نسبتہ بڑے اور سیاہ رنگ کے لیکن ممکن ہے کہ طویل المدت امتلاء کی وجہ سے لیفی بافت کی کچھ مقدار نمو یا ب ہو جائے، اور وہ اپنی بیقاعدہ توزیع اور انقباض سے سطح کی ذراتی حالت پیدا کر دے۔

طحال سخت اور معمول سے زائد سیاہ ہو جاتی ہے، اور اگرچہ اس کی جسامت مختلف ہوتی ہے لیکن اکثر وہ چھوٹی ہوتی ہے۔ معدے اور آنت کا امتلاء، طحال کے امتلاء کی طرح، بلاشبہ جگر کے امتلاء سے ثانوی طور پر ہوتا ہے کیونکہ ان احشاء سے مانع و وریدیں خود کو باہی ورید (portal vein) کے اندر خالی کرتی ہیں۔ غشائے مخاطی متلی ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ موت کے بعد عروق کا بڑا تمدد، اور بعض اوقات غشائے مخاطی کے جرم کے اندر نزفات نظر آئیں۔

عضلہ قلب کے امراض

التهاب عضلہ قلب

(myocarditis)

التهاب عضلہ قلب یا توحاد ہو سکتا ہے یا مزمن - مزمن التهاب عضلہ قلب (chronic myocarditis) محض لیفی تغیر کے آخری درجہ میں شناخت ہو سکتا ہے، اور اس کا ذکر لیفی انحطاط کے بیان میں شامل ہے (ملاحظہ ہو ملاحظہ صفحہ ۳۲۷)۔ حاد التهاب عضلہ قلب (acute myocarditis) ہمیشہ حمی روماتزم کے جزو کے طور پر التهاب تاء مور (pericarditis) یا التهاب قلب (endocarditis) کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، اور بعد میں بیان کیا جائے گا۔ لیکن عضلہ قلب کسی بھی حاد بخار میں مآؤف ہو سکتا ہے، اور خناق و بائی (ملاحظہ ہو) میں علامات سب سے زیادہ مزین

ہوتے ہیں۔ عضلہ قلب کا ایک زیادہ مقامی التهاب اگلیلی علقیت اور خبیث التهاب وں قلبہ (malignant endocarditis) سے پیدا ہو جاتا ہے، جس میں ایک مصرع کا تقریح اُس کے قاعدے تک پھیل کر پھر عضلہ پر حملہ آور ہو جاتا ہے۔ یا جس میں نابتات یعنی روئیدگیاں (vegetations) یا نیم جدا شدہ ریزے فرک یا تاس کے ذریعہ دروں قلب کے متصلہ حصوں میں تقریح پیدا کر دیتے ہیں، اور یہ عضلہ قلب کو ماؤف کر دیتا ہے۔

ایک تیسری قسم تقبی الہاب عضلہ قلب (suppurative myocarditis) ہے، جو خاص کر تقبی الدم کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جرم قلب میں چھوٹے چھوٹے پھوڑے ہو جاتے ہیں، جو زیادہ تر بائیں بطن کی دیوار میں ہوا کرتے ہیں، اور یہ تاء مور سے استعد قریب پہنچ سکتے ہیں کہ اُس کے کہفہ کے اندر پھوٹ کر ماد الہتاب تاء مور پیدا کر سکتے ہیں۔ اس قسم کا الہتاب عضلہ قلب اکثر ماد الہتاب لب عظم (acute osteomyelitis) کے بعد ثانوی طور پر ہوا کرتا ہے اور اس کا علاج وہی ہوتا ہے جو کہ اولی مرض کا ہے، لیکن انداز تقریباً ہمیشہ یا اس انگیز ہوتا ہے۔

انحطاط عضلہ قلب

انحطاط لونی (pigmentary degeneration) - (بھورا ذیل قلب

(brown atrophy of the heart =) - قلب معمول کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اُس کے عضلی ریشے بجائے کال سُرخ رنگ کے ہونے کے دُھندلا بھورا سا سُرخ رنگ رکھتے ہیں، اور قدرتی حالت کے مقابلہ میں زیادہ نرم اور زیادہ مستہ (friable) ہوتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے ریشوں (fibrillae) کے اندر متعدد باریک زرد ذرات نظر آتے ہیں۔ انحطاط لونی شیخنی (senile) اور ضعیفی (cachectic) حالتوں میں واقع ہوتا ہے، اور دو برے اعضا کے مرض خبیث کی مہلک اسبابوں میں عام ہے۔

254

شحمی انحطاط (fatty degeneration) بوضلی ریشوں کے اس تغیر کی تفریق چربی کے اُس جماؤ سے کرنی چاہئے جو قلب کے گرد ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تاء مور کے نیچے معمولی شحمی بافت کا جماؤ ہو جاتا ہے، اور یہ عضلی ریشوں پر اسوجہ سے حملہ آور ہوتی ہے کہ ان ریشوں کے درمیان کی توصیلی بافت کے خلیے چربی سے

لدے ہوئے ہو جاتے ہیں۔ اول الذکر حالت یعنی حقیقی شحمی انخطاط میں عضلی ریشک خود حقیقی شحمی ذرات کا مسکن ہو جاتے ہیں، جو حقیقی لحمی عناصر (sarcous elements) کی جگہ لے لیتے اور عضلہ کی اتنی ہی انقباض پذیر بافت کو تلف کر دیتے ہیں۔ حقیقی شحمی انخطاط مختلف شکلوں میں واقع ہوتا ہے، ممکن ہے کہ عضلی دیوار یکساں طور پر ماؤف ہو جائے، یا شحمی تغیرات ایک چھوٹی چمکتی تنک محدود ہوں یا اس تک جو نامور کے نیچے واقع ہے، جیسا کہ التهاب عضلہ قلب (myocarditis) میں بیان کیا گیا ہے، یا یہ انخطاط قلب کی اندرونی سطح پر دھاریوں اور خطوط کی صورت میں ہو۔ جب یہ عارضہ عمومی ہوتا ہے تو قلب کا قوام نسبتاً زیادہ نرم ہو جاتا ہے وہ زیادہ آسانی کے ساتھ دریدہ (lacerated) ہو جاتا ہے، اس کا رنگ پھیکا کھلابی یا زرد ہوتا ہے، اور ماؤفہ عضلی بافت کے ڈھیلا پڑ جانے کی وجہ سے وہ معمول کی نسبت کی مقدار زیادہ بڑا ہو جاتا ہے۔ جب چربی خطوط یا دھاریوں کی صورت میں جمتی ہے تو اس سے ایک مینز شکل پیدا ہو جاتی ہے، اور پھیکے زرد رنگ کے خطوط نسبتاً زیادہ سیاہ سُرخ عضلہ پر اکثر ایک چت کبری لئی کے نشانات کی طرح مرتب ہوتے ہیں۔ یہ زیادہ تر عضلات ملیہ (musculi papillares) پر دونوں بطینوں کی پچھلی دیواروں پر، اور دائیں بطین میں فاصل پر دیکھے جاتے ہیں۔ شحمی انخطاط بیش پروردہ قلوب پر عام ہوتا ہے، اور اسوقت بھی موجود ہو سکتا ہے جبکہ عضلہ طبعی رنگ کا ہو۔

بحث اسباب۔ قلب کے شحمی انخطاط کے اسباب عمومی اور مقامی ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ انخطاط کے ایک ایسے عام رجحان کا نتیجہ ہو، جیسا کہ زیادہ عمر میں واقع ہوا کرتا ہے، اور اس کے ساتھ آتھروما (atheroma) یا آتشکی تغیرات کے ہاش اکیلی ٹرانین (coronary arteries) کا تسد ہوتا ہے، جس سے دیوارِ قلب کا تغذیہ کم ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس شحمی انخطاط متلف دم دمومیت (pernicious anæmia) میں ہمیشہ، اور دم دمومیت کی دوسری قسموں میں اکثر پُریورا (purpura) اور اسکروی (scurvy) میں، اور ضمنی مالتوں، جیسے کہ سِل ریوی اور سرطان میں دیکھا جاتا ہے، نیز فاسفورس، اور بعض معدنی اشیاء (سیسہ، مُرمہ، سنکبیا) کے تسمم میں اور مزمن الکھلیت میں۔ بیشتر مادہ عمومی امراض میں، عضلی ریشوں کی

ایک دقیق ذراتی حالت کی وجہ سے، قلب کا قوام متبدل ہو جاتا ہے، اور یہ حالت غالباً شحمی انحطاط سے جدا گانہ نہیں۔ تپ معویہ اور ٹائفس (typhus) میں، زرد بخار خناق وبائی، چیچک اور کسیرا میں یہی حالت ہوتی ہے۔ شحمی انحطاط التهاب عضلہ قلب (myocarditis) سے بھی پیدا ہو جاتا ہے، اور طویل المدت مصرعی مرض اور گرنے کے مرض کے تعلق میں دیکھا جاتا ہے۔

قلب کی شحمی بیش بالیدگی یا درختنگی، سابق میں یہ ایک جدا گانہ مرض کے طور پر بیان کی جاتی تھی۔ اس میں نہ صرف قلب کا بیرون شحم سے لدا ہوا ہوتا ہے، بلکہ شحمی دھاریاں عضلی دیواروں کے اندر گھسی ہوئی نظر آتی ہیں۔ یہ نوعی کی امتیازی خصوصیت ہے اور اسی عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

لیفی انحطاط (fibroid degeneration) انحطاط کی اس قسم میں قلب کی جگہ سپید لیفی یا توسیلی بافت لے لیتی ہے۔ بیشتر مثالوں میں یہ تغیر جزئی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی جرم کی گہرائی میں سپید، زردی مائل سپید، یا بھورے رنگ کی دھاریاں اور چمکتیاں نظر آتی ہیں۔ یہ بطین کے زیریں ایک ثلث، فاصل کے زیریں ایک ثلث، عضلات جلیبہ، اور بعض اوقات مرضی مصراعات کے قاعدوں کو مؤثر کرتا ہے۔ صرف کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ بطین تقریباً تمام تر لیفی ساخت میں متبدل ہو جاتا ہے، لیکن ایسی صورت میں بھی خرد بینی امتحان کرنے پر عضلی ریشہ کے کچھ آثار نظر آ جاتے ہیں۔ لیفی مرض میں مبتلا شدہ قلب عموماً بیش پروردہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تنسج بھی ہو، یا منقسم تادمور (adherent pericardium) رکھتا ہو۔ دیوار قلب کا مؤف شدہ حصہ اکثر معمول سے زیادہ پتلا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ باہر کو ابھر کر ایسا نکلا ہوا ہو کہ ایک نمایاں فورسما بنا دے۔

بحث اسباب۔ لیفی انحطاط اکثر روماتزمی التهاب عضلہ قلب (rheumatic myocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے، اور زیادہ نمایاں اصابتوں میں اس کے ساتھ تادموری (pericardial) یا دروں قلبی (endocardial) ضرات کی موجودگی بعض اوقات اس کے التهابی مبدل کو ظاہر کر دیتی (مزمن التهاب عضلہ قلب = chronic myocarditis، رخنکی التهاب عضلہ قلب = interstitial)

(myocarditis)۔ اس کے برعکس تلیف قلب (fibrosis of the heart) اکثر اکیلی شریان کی مسدودی کے بھی باعث ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط کے ساتھ متلازم ہو۔ ان حالات میں خون کی رسد فاعلی عضلہ کے تغذیہ کے لئے ناکافی ہوتی ہے۔ آخر اگر عضلہ مذبول ہو کر اس کی جگہ شحمی یا لیفی بافت لے لیتی ہے۔ اگر اکیلی شریان کی مسدودی خاصی تیزی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے تو شحمی انحطاط پیدا ہو جاتا ہے لیکن اگر مسدودی زیادہ مزمن ہو تو لیفی تغیر کا غلبہ ہوتا ہے۔ قلب میں تلیف اکیلی علقیت یا افعام (infaret) کا ایک ثانوی نتیجہ بھی ہو سکتا ہے۔ نیز وہ عموماً مزمن شعبی التهاب نفاخ (chronic bronchitis) ، مرض برائٹ ، اور شریانی ضلالت (arterio-sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ لیفی انحطاط الکعلیت یا طویل المدت امثالاً (congestion) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔

آتشک۔ اس مرض کے ضرات التهاب شریانی (arteritis) ، لیفی ندبہ (آتسکی التهاب عضلہ قلب = syphilitic myocarditis) ، لیفی تودوں ، یا واضع صمغیہ (gumma) کے طور پر واقع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ صمغیہ جینی (cheesy) ہو، اور یہاں تک ممکن ہے کہ مرکز میں نرم ہو رہا ہو، اور قلب کے عضلی جرم کو اسی طرح مائوف کرے جس طرح کہ ارادی عضلات کو اور اس پاس کی مقدار التهاب پیدا کرے۔ صمغیہ (gumma) عموماً بطینوں کی دیواروں میں واقع ہوتا ہے۔ ماسوائے ان علامات کے جو عضلہ قلب کے انحطاط کے عنوان کے تحت بیان ہو چکے ہیں، وہ اور کوئی تمیز علامات نہیں پیدا کرتا۔ بعض اوقات اذینی بطینی بندل (A. V. bundle) مائوف ہو کر علامتیہ ایڈم اسٹوکس (Adams-Stokes' syndrome) پیدا کر دیتا ہے۔

تمدرن (tubercle)۔ التهاب تادمور کے تعلق میں درنوں کا بننا شاذ نہیں۔ جب ایسا ہوتا ہے تو وہ سپیری مائل رمادی، یا زردی مائل آریکٹا (granulations) کے طور پر، بیشتر تادموری کہف کی تھوں کو جوڑنے والے تادموری لف یا غشائے کاذب کے جرم میں، یا بعض اوقات حقیقتہ حشائی تادمور (visceral pericardium) کی تہ کے نیچے پائے جاتے ہیں۔ وہ عموماً تمدرن کے دوران میں واقع ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دوسری جگہ ترقی یافتہ ثانوی تمدرن موجود ہو۔ ان حالات میں تشخیص صرف التهاب ہو

پیدا ہو جانے سے ہو سکتی ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس کے علاوہ ایک لہتاپ دموور جو تدریجی نہیں ہوتا، سٹل ریوی کے دوران میں پیدا ہو سکتا ہے۔ ڈرنہ کے جدا جدا جھاؤ (isolated deposits) نہایت شاذ ہیں۔

انخطاط عضلہ قلب کے علامات - ابتدائی اصابتوں میں مریض محنت پر سانس کے پھول جانے کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیش قلبی درد موجود ہو، جو ورزش کے بعد معلوم ہو، یا واضح ذبحی حملے (anginal attacks) ہوں۔ ممکن ہے کہ مریض ماغی حملوں (cerebral attacks) میں مبتلا ہو جائیں، جن کے ساتھ بے ہوشی اور تشنجات ہوں لیکن یہ حملے غالباً قلبی میکائیت کی کسی ایسی غیر طبعی حالت کے باعث ہوتے ہیں، جیسے کہ قلبی مسدودی (heart-block)، یا عصب ثانیہ کا ہیجان (vagal stimulation)۔ اشتہا ہمیشہ کم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض سوہمضم کی شکایت کرے۔ بعض اوقات صرف انہیں علامات کی شکایت ہوتی ہے، اور دریافت کرنے پر محنت کرنے پر سانس پھولنے کی سرگزشت سے پتہ چلتا ہے کہ معدی علامات کا اولی سبب قلب ہے۔ طبعی امارات جو عضلہ قلب کے انخطاط سے منسوب کئے جاتے ہیں یہ ہیں:-
 کمزور صدم القلب، جس کے ساتھ قلب کی پہلی آواز دھیمی ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ اور ملی رقبہ پر دوسری آواز کی شدت کے برابر یا اُس کی نسبت کم ہو جائے۔ شدت آواز کی اس کمی کی وجہ سے سماع الصدر کے ذریعہ امتحان کرنے پر آوازیں ٹک ٹک نوعیت کی (tic-tac character) ہو جاتی ہیں اور ان کی یہ نوعیت انبساطی وقفہ کے اضافی قصر سے اور بھی زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے کیونکہ وہ آوازوں کو زیادہ مساوی لفصل (more evenly spaced) بنا دیتا ہے۔ قلب تسع پایا جاتا ہے۔

مال ہی میں عضلہ قلب کے تغیرات ظاہر کرنے والے مریضوں کے ایک گروہ میں علامات (symptomatology) کا نہایت غور و فکر کے ساتھ مطالعہ کیا گیا ہے (12)۔ یہ اصابتیں نہایت عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ مریض زیادہ عمر والے ہوتے ہیں۔ انہیں سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے، جو ابتداً محنت کرنے پر پیدا ہوتی ہے لیکن بعد میں وہ کم و بیش مستقل طور پر نبہور (dyspnoea) ہو جاتے ہیں بعض مریضوں میں چین اسٹوکس کا تنفس (Cheyne-Stokes breathing) ہوتا ہے، اور بعض دوسرے

مریضوں میں بے انتہا گستہ نفسی کے ناگہانی حملے ہو جاتے ہیں، جو خامصر رات کے وقت ہوتے ہیں، اور جو ایک اصطلاح قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے بیان کئے جاسکتے ہیں۔ دوری بھر کے یہ حملے بسا اوقات ایک کیتھدر بے قاعدہ چین اسٹوکنٹنس کی بھری ہیئت ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ انتصابی تنفس (orthopnoea) موجود ہو یا نہ ہو۔ زراق ممتاز طور پر غیر موجود ہوتا ہے، اور اگر موجود ہو بھی تو اُس کی مقدار اتنی نہیں ہوتی کہ جو بھر کی توجیہ کے لئے کافی سمجھی جائے۔ قلب کی شرح عموماً زیادہ ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ضرب کی میکا نیت طبعی ہو، لیکن عام ہیٹا عدگیاں، جیسی کہ وہ جو قلبی مسدودی، اذینی ریشکی انتقباض (auricular fibrillation)، مستزاد انجماشات، اور تبادل (alternation) کی وجہ سے ہوتی ہیں، موجود ہو سکتی ہیں۔ قلب جسامت میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ خریات (murmurs) موجود ہو سکتے ہیں۔ جسمانی تپش درجہ طبعی سے نیچے (subnormal) ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ فشل قلب کے ترقی یافتہ امارات جیسے کہ استسقاءے کلی (anasarca)، پھیپھڑوں اور جگر کا املاء، موجود ہو سکتے ہیں۔ خون میں یوریا (urea) کا کیتھدر اعتباس (retention) ہوتا ہے، لیکن اُس کی قدیریں (values) انتہائی نہیں ہوتیں، یعنی زیادہ سے زیادہ ۱.۵ فیصدی اور عموماً ۰.۵ فیصدی (طبعی قدر ۰.۳-۰.۵ ہوتی ہے)۔ آلبیومین بولیت معہ سائٹ (casts) کے موجود ہو سکتی ہے، اور تا وقتیکہ وریڈی رکود (venous stasis) کے امارات موجود نہوں، قارورہ حجم میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ امتحان بعد الممات ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی ترقی یافتہ اکیلی صلابت (coronary sclerosis) موجود ہے، اور ممکن ہے کہ شمی غلط بھی موجود ہو۔ گردے عروق کی دبا زت اور کیتھدر تلیف (fibrosis) ظاہر کرتے ہیں، جو اکثر ایک چکیتی دار نوعیت کا ہوتا ہے۔ گولمیکس (glomeruli) اکثر متغلی اور بعض زجاجی ہوتی ہیں، لیکن گولمیکس کا وسیع انطلاس نہیں ہوتا جیسا کہ مزمن زخکی الہتارکہ میں اسوقت ہوتا ہے جبکہ مریض قسم بولی (uræmia) سے مرگیا ہو۔ بعض اوقات ان مریضوں کو قلبی کلوی امائنوں (cardio-renal cases) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے، لیکن یہ صاف معلوم ہوتا ہے کہ اگرچہ گردے ہمیتہ کچھ تغیرات ظاہر کرتے ہیں، اور شیخوخی شریان صلابتی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) کہلاتے

ہیں، تاہم یہ مرض کا اہم سبب نہیں ہوتے۔ احتباس یوریا، ۲۔۵ یا ۳۔۰ فیصدی کے کائن تسمیم بولی عدد تک کبھی نہیں پہنچتا۔ لہذا ان کو یہی کہنا بہترین ہے کہ یہ غلطی اور عضلہ قلب کی اسباب تک پہنچ کر جو کہ قلبی دسمہ یا دوری بہر پیدا کرتی ہیں۔

مشہور مثالوں میں شریانی نغول کے اندر CO_2 زیادہ ہو جاتی ہے اور ممکن ہے شریانی نغول کا آکسیجنی مافیہ کم ہو جائے۔ اسی واسطے یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ بھر، جو ممکن ہے کہ انتہائی درجہ کا ہو، شعبی شنج سے پیدا ہو جاتا ہے (14)۔ اس رائے کی بنا پر اس قسم کی اسباب کے لئے دسمہ (asthma) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ لیکن خالص قلبی بھر، مثلاً مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں زیادتی تنفس کی وجہ سے CO_2 کم ہو جاتی ہے (41)، اگرچہ بعض اسبابوں میں CO_2 قدرے بڑھی ہوئی اور آکسیجن گھٹی ہوئی ہوتی ہے اور اس کی وجہ ریوی امثال ہے جو کہ پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ حالیہ تجربی شہادت ظاہر کرتی ہے کہ دورہ، کم از کم بعض اسبابوں میں اس وجہ سے ہوتا ہے کہ بائیں بطن کے اضافی فشل سے ریوی امثال اور نہج واقع ہو جاتا ہے (13)۔

علاج پر صفحہ 276 پر غور کیا گیا ہے۔

انشقاق قلب

(rupture of the heart)

یہ تضرر کے علاوہ زیادہ تر شمی انحطاط یا لینی تغیرات کا نتیجہ ہوتا ہے ممکن ہے کلیلی علقیت (coronary thrombosis) جو کہ عضلہ قلب میں نرف کا باعث ہو کر قلب کی دیوار کا کچھ حصہ تلف کر دیتی ہے موجود ہو۔ اسبابوں کے ایک نہایت قلیل تناسب میں ایک پھوڑا، خبیث التهاب درون قلب (malignant endocarditis) یا اینورزم اس کا سبب ہوتا ہے۔ یہ بوڑھے آدمیوں میں ہوتا ہے، اور علی العموم قلبی صحت کے بعد ہوا کرتا ہے۔ درج شدہ اسبابوں میں سے تین چوتھائی میں متام انشقاق بایاں بطن تھا۔ مریض پر یکایک درون قلب کا حملہ ہو جاتا ہے، جس کے بعد جلد ہی شحہ (pallor) بے ہوشی، چند شعبی جھٹکے (convulsive twitchings) ہو کر موت واقع

ہو جاتی ہے۔ شاذ اصابوں میں کچھ گھنٹوں بلکہ دنوں تک زندگی قائم رہی ہے، جس کے ساتھ شحوب (pallor)، ٹھنڈے پسینے، کمزور نبض، اور نفس آہ کے طور پر (sighing) ہوتا ہے۔

قلب کا انورسما

قلب کے انورس سے ماویا مزمن ہو سکتے ہیں۔

حادثہ انورس سے دیوار بطن کے تقریبی التهاب مدون قلبہ (ulcerative endocarditis) کی وجہ سے اس طرح پیدا ہو جاتے ہیں، کہ جس طرح نصیث التهاب دروں قلبہ (malignant endocarditis) کے تحت بیان کیا جائے گا، اور یہ فاصلہ کے جزو غشائی (pars membranacea septi) یا فضا کے غیر محفوظ، نیز مصرامات کے انورسما کا کی قدر اکثر الوقوع سبب ہے۔ جزو غشائی کے انورسما بعض اوقات پیدائشی ہوتے ہیں۔ تمام صورتوں میں تاچہ انورسمائی بائیں بطن کی طرف کھلتا ہے۔ یہ حالت دوران زندگی میں شناخت کے قابل نہیں۔

قلب کے مزمن انورس سے عموماً ایسی اخلاط کے سلسلہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ ماؤف شدہ کہنہ، اپنے عضلی ریشے کے لٹھی یافت میں یوں تبدیل ہو جانے کی وجہ سے ایک مقام پر کمزور پڑ جاتا ہے، اور خون کے دباؤ سے شمع ہو کر ایک تاچہ بن جاتا ہے۔ بائیں بطن انورسماؤں کا عام محل وقوع ہے، اور دوسرے تین کہنوں کے انورسماؤں کی صرف چند ہی مثالوں کا اندراج ہوا ہے۔ تین اصابوں میں سے دو میں یہ راس پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ گول تاچے بنا دیتے ہیں، ممکن ہے ان تاچوں اور بطن کے درمیان کا راستہ اسی جسامت کا ہو جو خود تاچہ کی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ راستہ نسبتاً بہت چھوٹا ہو۔ جب یہ راس پر پیدا ہو جاتے ہیں تو اول الذکر قسم زیادہ اکثر الوقوع ہوتی ہے، یعنی یہ کہ انورسما کہنہ بطن کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ آخر الذکر قسم، جو زیادہ تاچہ (sacculated) ہوتی ہے، زیادہ اکثر بطن کے پہلو پر یا قاعدے میں واقع ہوتی ہے۔ جسامت میں ان کا مقابلہ خشک سپاریوں (nuts)، مرغی کے انڈوں، یا چھوٹے سنگتروں سے کیا گیا ہے۔ چند اس سے بہت زیادہ بڑے پائے گئے ہیں۔ انکی

دیواریں عموماً بہت پتلی اور بعض اوقات کلسی مادی سے درریختہ ہوتی ہیں۔ ان میں دروں قلبہ کا استر ہوتا ہے، اور ان کے اندر بیشتر فائبرینی رُوبہ (fibrinous coagulum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بارہ سال کی عمر سے اوپر ہر عمر میں پائے گئے ہیں، اور عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ تر۔ شاذ موقعوں پر اکیللی شریانیں کے انورسے بھی ملے ہیں۔ یہ غالباً ایک سداو (embolus) کے پیچھے شریان کے نرم ہو جانے اور پھر نتیجتاً اس کی کلانی واقع ہو جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں (15)۔

علامات اگر موجود ہوں تو ان امصابتوں میں جہاں انورسہ عضلہ قلب کے انحطاط کے بعد ثانوی طور پر واقع ہوا ہو، اسی انحطاط کے ہوتے ہیں۔ لاشعاعی امتحان تشخيص کا ایک مفید ذریعہ ہے۔ امصابتوں کے نہایت بڑے تناسب میں تاہم مور کے اندر انورسہ کا دفعۃً انشقاق ہو جانے سے موت واقع ہو گئی ہے۔

نوبالیدگیاں اور طفیلیا

نوبالید (neoplasm)۔ قلب پر اس کا حملہ مختلف شکلوں میں ہوتا ہے، بالخصوص لمفی سلعہ (lymphoma)، لمفی سلعہ (sarcoma) اور میلانی (melanotic) سرطان سلعہ کی صورت میں۔ اکثر اوقات واسطی غد کے لمفی سلعہ یا لمفی سلعہ کے نتیجہ کے طور پر قلب ماؤف ہو جاتا ہے، ایسی صورت میں یہ سلعہ براہ اُوردہ پھیل کر اذینوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور تاہم مور کے نیچے گرہ کی ارتفاعات کے طور پر نسیاں ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ سلسلہ جسم کے کسی دوسرے حصے میں ایسی ہی بالیدگی کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ قلب میں ایک منفرد اتولی جماؤ کا ہونا نہایت شاذ ہے۔ ایک امصابت میں، جس میں سلعہ دائیں بطن اور ریوی فوجہ پر حملہ آور ہو کر اُن کو جزوِ مملو کر چکا تھا، سلسلہ شدید زراق موجود تھا، جس کے ساتھ سرخ غلیتوں کی زیادتی نہ تھی، [چنانچہ کثرت غلیات احمر (polycythæmia rubra) خارج از بحث تھی]، اور سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphaemo-globinæmia) کی بھی کوئی شہادت موجود نہ تھی، لیکن اکثر اوقات ایسے علامات جو اس حالت کے مینز ہوں نہیں موجود ہوتے۔ بعض امصابتوں میں اس کا استنباط مضم ایک دروں مددی بالیدگی کی موجودگی پر سے

کیا جاسکا۔ وائٹسے (Walshe) ایک مریض کی حالت کا اندراج کرتا ہے جس میں دُائیں اذین کی اگلی دیوار کے سرطان میں مبتدل ہو جانے کے باوجود ایسی کوئی سریر باقی شہادت موجود نہ تھی جو قلب کی طرف اشارہ کرے۔

طفیلیات - کبھی کبھی جرم قلب کے اندر کیسیسی دویرے (hydatid cysts) نمودار ہو کر اپنی بالیدگی کے دوران میں یا تو تواء مور کی سمت میں یا کسی ایک کہف کے اندر ابھر آتے ہیں۔ یہ دویرے منفرد ہوتے ہیں یا ممکن ہے کہ ان کے اندر دختر دویرات (daughter-vesicles) موجود ہوں۔ قلب پر ان کے اثر کا اعصار بلاشبہ اس امر پر ہے کہ وہ بڑھ کر کتنی جسامت اختیار کر لیتے ہیں۔

خزیمہ فیئہ (taenia solium) کا انباں ذنبیدہ (cysticercus) بھی بعض اوقات قلب کی دیواروں میں پایا جاتا ہے۔

حمی روماتزمی

(RHEUMATIC FEVER)

حاد اور تحت الحاد روماتزم

(acute and subacute rheumatism)

تپ روماتزمی ایک حموی مرض ہے، جس میں یا تو معاصل کا، یا قلب اور اُس کی جھلیوں کا، یا ان دونوں قسم کے مقامات کا ایک ساتھ ماد الہتاب واقع ہو جاتا ہے۔ روماتزمی عوارض جو حاد اور تحت الحاد روماتزم اور زفن (chorea) پر مشتمل ہیں، بوجہ اُس تضرر کے جو ان سے قلب کو پہنچ جاتا ہے، بچوں کے لئے

لے۔ روماتزم اور رومٹک کے الفاظ ایک یونانی لفظ آر سے ماخوذ ہیں جس کے معنی ہلانا ہیں، اور جو ایک دوسرے یونانی لفظ کنٹار (نازلت) سے تعلق رکھتا ہے۔ رومٹکس غا یا حاد روماتزم کو این مزمن رومٹکس امراض سے تیز کرنا چاہئے جو کہ بعد میں بیان کی گئی ہیں۔

نہایت شدید خطرو کا باعث ہوئے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض دونوں صنفوں میں اور تقریباً ہر عمر میں ہوتا ہے،

لیکن پچاس سال کی عمر کے بعد اور شیرخواروں میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ یہ

مرض حال اشخاص میں نادر الوقوع ہے، اور نہایت مفکوک الحال اشخاص کو بھی

غیر متاثر کر رکھنے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ آبرودار کاریگروں کی جماعت، چھٹی رسالوں، ریل کے

لازموں وغیرہ میں عام ترین ہے۔ یہ ایک ماحولی (environmental) مرض ہے نہ کہ

موروثی، کیونکہ جب ان کے بچوں کی تشدید (segregation) مدارس صنعت و حرمت

میں کر دی جاتی ہے تو ان پر اس کا حملہ نہیں ہوتا، اگرچہ بورڈنگ اسکولوں وغیرہ میں

وہاں دیکھی گئی ہیں (49)۔ ماحولی عوامل میں سے سب سے زیادہ شک غذا پر پڑتا ہے،

اور چونکہ غریبوں کی غذا میں حیوانی شحمیں نمایاں طور پر مفقود ہوتی ہیں، لہذا اس سے حیا میں

الہ اور د کی قلت مستنبط ہوتی ہے۔ اس بنا پر حاد روماتزم کساحت (rickets)

کے ساتھ مماثلت رکھتا ہے، چنانچہ اول الذکر مرض تقریباً اس عمر میں شروع ہوتا ہے کہ

جس میں کساحت ختم ہو جاتی ہے (48)۔ پھر بعض تازہ تحقیقاتیں سردی اور لمبی کی طرف اشارہ

کرتی ہیں، اور سرمائی مہینوں میں اس مرض کا حدود عام ترین ہے۔ مکن ہے کہ وہ حرارت

جو نہایت غریب اور نادار اشخاص میں اثر مدام سے پیدا ہو جاتی ہے ان عوامل کو بلکہ اثر

کرمے۔ ملازمین مالدوم روماتزم شاذ ہے۔ چونکہ یہ مرض عموماً براہِ حلق داخل ہوتا ہے، یہ پایا جا

تجربہ غیر نہیں کہ یہ حمی قرمز (scarlet fever) کے بعد عام ہے۔

امراضیات۔ اس بیان کی بہت کچھ تائید کی جاسکتی ہے کہ روماتزمی تپ کا

سبب مائل ایک خون پاش نبتہ سببیہ ہے۔ یہ ایسی رائے ہے جس کا منہ پائٹن

(Poynton) اور پین (Payne) کا کیا ہوا کام ہے۔ کبھی کبھی نبقات سببیہ تحت الجلدی

گھول سے زف (chorea) کی مہلک امصابتوں میں داغی نغاعی سیال سے اور

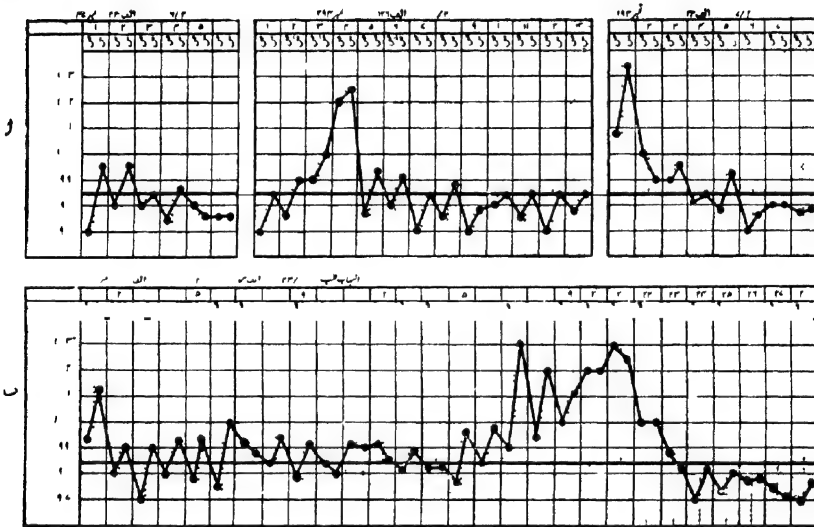
خون سے ملحدہ کئے گئے ہیں۔ حال ہی میں غیر معمولی خصائص کے نبقات سببیہ کی طرف

توجہ مبذول ہوئی ہے، جو حاد روماتزم اور کوریڈیا میں حلق سے ملحدہ کئے گئے ہیں۔ انکو

قلبی مفصلی التهابی نبقات سببیہ (streptococcus cardioarthritidis)

کا نام دیا گیا ہے۔ ان امصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں منسلی سیال اور خون نکات

کرنے پر عقیقہ پائے جاتے ہیں، چنانچہ اسی وجہ سے زمانہ ماضی میں اس مرض کے جو ثمراتی مبداء کے متعلق بے اعتمادی تھی۔ خون پاش نبقہ سجمیہ اور حاد رومانزم کے درمیان قریبی رشتہ ہونے کا ایک زیادہ اہم ثبوت، ہسپتالوں اور اسکولوں میں متعدی سوزش حلق کے عواقب (sequelæ) کے مطالعہ سے حاصل ہوتا ہے۔ اگر سبب عامل ایک خون پاش نبقہ سجمیہ ہی ہو، اور دوسرے عضو یا مثلاً نبقہ عنیبیہ خود نقدہ مانر لیتی وغیرہ ہوں، تو مریضوں کو ۷ سے لیکر ۲۱ دن تک کی مدت کے بعد حاد رومانزم ہو جاتا



شکل ۳۹- تین لڑکوں کے نقشے کہ جن کو خون پاش نبقہ سجمیہ کی وجہ سے سوزش حلق تھی۔ سب نقشہ ایک لڑکے کا ہے، اس کو بھی نبقہ سجمیہ کی وجہ سے سوزش حلق تھی، اور بعد میں نبقی سجمی التهاب شعبی پیدا ہو گیا۔ ایک خاموش وقفہ کے بعد پندرہویں دن حاد رومانزم نمودار ہو گیا (دیکھو)۔ اچھے بریلڈ لے W H. Bradley کے مریضوں سے۔

ہے۔ اتنی مدت گویا ”خاموش وقفہ“ ہے (47)، کہ جس میں علامات رجعت قہری کرتی ہیں، اگرچہ جیسا کہ شکل ۳۹ سے ظاہر ہے، تپش ہمیشہ بالکل طبی لیول تک نہیں آتی۔

ابتدائی سوزش حلق کے وقت، جو کہ نقشہ میں پہلے دن دکھائی گئی ہے، نبتہ سنجیہ جوئے خون میں اخل نہیں ہوا، اور ۱۶ ویں دن جب کہ حاد روماتزم شروع ہوتا ہے، نبتہ سنجیہ حلق سے غائب ہو گیا ہے، اگرچہ التهاب گرد قلب کی مہلک اصابتوں میں یہ طحال اور گرد قلبی لمفی غد سے کاشت کیا گیا ہے (50)۔ واقعات کی یہ ترتیب زمانی اس نظریہ کے مطابق ہے کہ حاد روماتزم ایک حاد حساسیتی منظر ہے جو کہ ابتدائی متقی سنجی حملہ کے دوران میں "حساس گری" کا نتیجہ ہے۔ لیکن ایک اور استدلال جو کیا جاسکتا ہے یہ ہے کہ خون پاش نبتہ سنجیہ بطور خود حاد روماتزم کا اولی سبب نہیں ہے، بلکہ یہ ایک ثانوی حملہ آور، مثلاً ایک ماورائے خرد بینی قشب کے ادخال کو سہل بناتا ہے، اور وہی مرض کا براہ راست سبب ہے۔ حال میں اس کی شہادت حاصل ہوئی ہے۔

مرضی تشریح۔ روماتزمی تپ کے خاص ساختی تغیرات التهاب قلب

(carditis)، کثیر مفصلی التهاب (polyarthritis) زفن (chorea) اور تحت الجلدی گرہیں ہیں۔ ان تمام مثالوں میں رد عمل دراصل ایک ہی جسا ہوتا ہے، یعنی ایک التهابی گرہ بن جاتی ہے، گو اس کے منظر کا انحصار مقام مآؤف کی نوعیت پر ہوتا ہے۔ اس رد عمل کا مطالعہ قلب میں نہایت آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔

عضلہ قلب کا التهاب حاد (acute myocarditis)۔ اولین تغیر ایک شریانک میں واقع ہوتا ہے۔ ایک نقطہ پر استرکار (lining) خلیے چول کر تعداد میں بڑھ جاتے اور تیز التهاب کا مرکز بن جاتے ہیں، جس کے ساتھ گول خلیوں کی درریش (round cell infiltration) ہوتی ہے، جو خاص کر کثیر الاشکال (polymorphs)

ہوتے ہیں۔ یہ شریانک تھکے کے باعث مزہر ہو کر تلف ہو جاتی ہے۔ ازاں بعد گول خلیوں کی درریش غائب ہو جاتی ہے اور بالآخر ہیں فائبرین کے پس منظر میں بڑے کثیر نواتی خلیوں کا ایک گروہ مفروش ملتا ہے، جو آشاف کی گسہ (Aschoff's

node) بنا تا ہے۔ یہ خلیے یعنی فائبر (fibroblast) ہوتے ہیں اور بعد میں متغیر ہو کر

معمولی یعنی بافت بن جاتے ہیں، جس سے ایک مستقل لیکن غیر متاثرہ ندبہ (scar) بن جاتا ہے۔

عضلی ریشہ کے خلیوں میں شمعی ذرات اور قطرات (droplets) سب سے پہلے نوات کے

قریب نمودار ہو جاتے ہیں، اور ازاں بعد ایک محدود مقام تغیر (localized necrosis)

واقع ہو جاتا ہے، جو ممکن ہے کہ سہمی الاصل ہو، یا شریائیک کے تلف ہو جانے پر دموی سڈ کے انقطاع کے سبب سے ہو گیا ہو۔ یہ گرہیں نہایت عام طور پر اور طئی کی جڑ اور حلقہ، مطرائی (mitral ring) کے قریب، بائیں بطن میں عضلہ میں گہری مدفن نمودار ہوتی ہیں۔

دروں قلبہ کا التهاب حاد (acute endocarditis) - روماتزمی التهاب دروں قلبہ میں سن گرہی التهاب ("nodal" inflammation) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس سے مطرائی شرفہ (mitral cusp) کے اذینی جانب یا اور طئی شرفہ (aortic cusp) کے بطنی جانب پر مصراعوں کی کور کے قریب زیر دروں قلبی بافت (subendothelial tissue) کے نہایت نحیف اور ام پیدا ہو جاتے ہیں، جس سے تسبیح کے دانوں جیسے متعدد ارتعاعات بن جاتے ہیں، جنہیں عموماً روئیلہ گیوں (vegetations) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اور یہ ابتداءً اُس خط پر واقع ہوتی ہیں جہاں مصراع مسدود ہونے پر اپنے رفیق کو چھوتا ہے، نہ کہ مصراع کی آزاد کور پر۔ بعد میں ملہب رقبہ پر مصراعوں کا درملہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے، اور بطنی خون سے فائبرین اور کثیر الاشکال نواتی سپید خلیے نشین ہو جاتے ہیں۔ التهاب کم ہونے پر پھر نحیف سا انداب (scarring) واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن طویل عرصہ تک جاری رہنے والے التهاب میں یا متواتر حادثاتوں کے بعد مصراعوں کا بڑا تشوہ (deformity) واقع ہو جاتا ہے، جس کا بیان دروں قلبہ کے التهاب مزمن (chronic endocarditis) کے باب میں درج کیا گیا ہے۔ التهاب متاومور (pericarditis) کے مناظر بھی بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

التهاب مفاصل (arthritis) - ہلک اصابتوں میں مفصلوں کے اندر گدلا زلاب (synovia) اور فائبرین کی دھبیاں پائی گئی ہیں۔ سپید خلیات موجود ہوتے ہیں، لیکن سیال کبھی رہمی نہیں ہوتا۔ خود غشائے زلابی عروقی اور ليف کی ایک تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جب ایسی سریش کمی، جیسی کہ اکثر دیکھی جاتی ہے واقع ہو جاتی ہے تو زلابی تغیرات اس کی نسبت اور بھی زیادہ نحیف ہوتے ہیں۔ وتری غلافوں کے اندر غیر شفاف مصل اور سبزی مائل زرد ليف پایا گیا ہے۔

زیر جلدی روماتزمی گرہ، جو روماتزم کی ایسی متاثرہ خصوصیت ہے، اس کی پیدائش بالکل ویسی ہی ہے جیسی کہ پہلے قلب کے لئے بیان ہو چکی ہے، لیکن اُسکی نسبت زیادہ بڑے پیمانہ پر ہوتی ہے۔ وہ مرکزی شریانی التهاب سے شروع ہوتی ہے۔ پھر کثیرنوائی یعنی ناہمفی درریش (multi-nucleated fibroblastic infiltration) ہوتی ہے۔ جو ترقی کرتی ہوئی چند ہفتوں کے دوران میں ایک چھوٹا ندبہ بن جاتی ہے۔ علامات - اکثر ایک یا زائد حلوں کی مابقی سرگزشت پائی جاتی ہے۔ اور لوئزین بڑھے ہوئے نظر آتے ہیں، یا اُن میں عمیق طاقے (crypts) موجود ہوتے ہیں، یا دبانے سے پیپ خارج ہوتی ہے، یا غدود (adenoids) موجود ہوتے ہیں۔ روماتزم کی ابتدائی علامات کثیر مفصلی التهاب (multiple arthritis) یا زلابی التهاب (synovitis) کے ہوتے ہیں، یہ ضررات نمایاں ہوتے ہیں کیونکہ ان کے ساتھ درد اور تپ موجود ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں، اور خاص کر بچوں میں، پہلا ضرر قلبی مصراعات یا عضلہ قلب یا نامور کا التهاب ہوتا ہے (روما ترمی التهاب قلب) جو ممکن ہے بظلمہ مخفی (latent) ہو، مگر جس کے ساتھ مبہم سے دردوں [جسکو شاید دروہا بالیدگی (growing pains) کہتے ہیں] کی سرگزشت ملتی ہے، اور یہ درد ایسے ہوتے ہیں کہ بچہ ان کی وجہ سے فریش نہیں ہوتا۔ بعض اوقات ایک ایسے بچہ میں، جس پر مفصلی قسم کی روماتزم کا حملہ ہوا ہو، ایسا قلبی ضرر پایا جاتا ہے جو زمانہ ماضی کا ہوتا ہے اور موجودہ زلابی التهاب پر منحصر نہیں ہوتا، مگر اُس کے ساتھ کسی گذشتہ زلابی التهاب کی سرگزشت بھی نہیں ملتی، یا ممکن ہے کہ نہ فن (chorea) کی سرگزشت ہو (آگے ملاحظہ ہو)۔

261

مفاصل بالکل دفعۃً ماؤف ہو سکتے ہیں۔ پہلے اکثر گھٹنے پر حملہ ہوتا ہے، اور پھر گھٹنے پر، اور دوسری حالتوں میں کلائی یا کندھے پر۔ خواہ پہلے کسی بھی مفصل پر حملہ ہو، مرض جلد ہی جسم کے دوسرے مفاصل میں پھیل سکتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کدھا، کہنی، اور کلائی، گولہا، گھٹنا، اور ٹخنہ سب کے سب ایک ہی وقت میں یا یکے بعد دیگرے متلائے التهاب ہو سکتے ہیں۔ کسی کسی بالغوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے مفصل یا قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint) یا فغری

مفاصل تک ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی وسعت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ایک مریض میں صرف دو یا تین جوڑ ملتہب ہو سکتے ہیں، اور دوسرے میں بہت سے۔ اور روماتزمی تپ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اس میں جب بعض ملتہب مفاصل بہ سرعت شفا یاب ہو جاتے ہیں، تو دوسرے مفاصل ماؤف ہوتے جاتے ہیں۔ اور جب یہ آخر الذکر مفاصل اچھے ہو جاتے ہیں تو تازہ مفاصل بتلا رہتے ہیں، یا پہلے ماؤف شدہ مفاصل پھر قلائے التهاب ہو جاتے ہیں۔

جس مفصل پر روماتزمی تپ کا حملہ ہوا ہے وہ متورم، گرم، چھونے سے الیم (tender) اور دردناک ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ نماباں ورم گھٹنے میں (جہاں النصاب آسانی پہنچانا جاسکتا ہے)، اور ٹخنہ میں اور کلائی میں ہوتا ہے۔ اُس کا رنگ تیز گلابی ہو سکتا ہے، جو شاذ ہی سارے ورم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ چکیتوں یا دھتوں کی صورت میں ہو۔ الیمیت (tenderness) بعض اوقات انتہائی درجہ کی ہوتی ہے، چنانچہ بستر پر ذرا سا دھکا لگنے سے، یا جوڑ کو بیدار کرنے سے ہاتھ لگانے سے شدید درد ہو جاتا ہے۔ اس قسم کا درد خود بخود پیدا ہونے والے درد کے بند ہو جانے کے بعد بھی جاری رہ سکتا ہے۔ کندھے، کوٹھے اور کہنی کے جوڑوں میں درد اور الیمیت ہی روماتزم کے خاص منظر ہیں، کیونکہ خفیف سا ورم آسانی شناخت نہیں ہوتا اور سرخی عموماً غیر موجود ہوتی ہے۔ التهاب مفاصل مختصراً بچوں کی نسبت بالغوں میں زیادہ دردناک ہوتا ہے۔ جو ارج کے عضلات کا جس کرنے پر الیم ہونا کافی عام ہے، جس کی وجہ غالباً وہ عضلی التهاب (myositis) ہے جو اپنی نوعیت میں عضلہ قلب کے التهاب (myocarditis) سے مماثل ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ایک لڑکے میں، جو ارقم الحروف کے زیر نگرانی تھا، شدید عضلی الیمیت بلامفاصل کی کسی ماؤفیت کے موجود تھی۔

اصاً بتوں کی نہایت غالب تعداد میں زلابی التهاب زائل ہونے پر ماسق التهاب کی کوئی امارت نہیں چھوڑتا۔ لیکن کبھی کبھی، بالخصوص اس وقت جبکہ ایک ہی جوڑ پر متواتر حملے ہو چکے ہوں، دائمی تغیرات کا دیکھا مانا ممکن ہے، جن میں عضلات کی لاغری بھی پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تغیرات روماتزمی گروہوں کے ہمراہ پائے جائیں اور

وہ حاد روماتزم آسا مفصلی التهاب (acute rheumatoid arthritis) سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ سنجائی نقطہ نظر سے روماتزم آسا مفصلی التهاب کے ضررات حاد روماتزم کے ضررات سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں، چنانچہ یہ ممکن ہے کہ یہ بالآخر ایک ہی مرض کے مختلف مظاہر ثابت ہوں۔ بیان کیا گیا ہے کہ روماتزمی تپ میں بعض اوقات غضروفی مفصلیات (synchondroses) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ بعض مفاصل کے گرد و پیش کے وتروں کے غلاف اکثر ملتبہ ہو جاتے ہیں بالخصوص وہ جو کلائیوں اور ٹخنوں کے گرد کے ہوتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ پشت پا اور پشت دست پر پھیل جانے والی سرخی کا کچھ حصہ انھیں کے التهاب کے باعث ہو۔ ایک لڑکے میں جسے راقم الحروف نے دیکھا تھا، چاند (mandible) کے گرد زیر گرد عظمی گریں (subperiosteal nodes) موجود تھیں۔

اس کثیر مفصلی التهاب کے ہمراہ کچھ تپ (pyrexia) بھی موجود ہوتی ہے جو مفصل کا التهاب کم ہونے کے ساتھ کم ہو جاتی اور التهاب مفصل کے عود کے ساتھ پھر ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات تپ مفرط (hyperpyrexia) ہوتی ہے۔ پسینہ کثرت کے ساتھ آنا بھی روماتزم کا میز خاصہ ہے۔ اکثر عرق مسامات کے دھنوں پر عاف کیسکوں کے اندر پسینہ دیکھا جاسکتا ہے، جنھیں عرق دانے (sudamina) کہتے ہیں۔ جب ان کیسکوں میں ریم کا ایک نقطہ موجود ہو، اور یہ ایک گلابی بالیزہ سے گھرے ہوئے ہوں تو انھیں د خذیات (miliaria) کہتے ہیں۔ اس تپ کے ساتھ عموماً دماغی اختلال زیادہ نہیں ہوتا، اور غیر پیچیدہ روماتزمی تپ میں ہدیان کوئی نمایاں مظہر نہیں ہے۔ زبان فرار ہوتی ہے اور امعاء میں قبض ہوتا ہے۔ قارورہ مقدار میں تھوڑا، گہرے رنگ کا (high coloured) اور ترشی ہوتا ہے۔ صرف کبھی کبھی اس میں البیومن کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

روماتزمی التهاب قلب (rheumatic carditis) مفصلی التهاب کے ساتھ شروع ہونے والی روماتزمی تپ کی اصابتوں کے ایک بڑے تناسب (۱/۱۰ اور ۱/۲۰ کے درمیان) میں قلب التهاب دروں قلبیہ (endocarditis) اور التهاب عضلہ قلب (myocarditis) میں اور نسبتاً قلیل الوقوع اصابتوں میں التهاب پر (pericarditis)

میں مبتلا پایا جاتا ہے۔ اگرچہ التهاب تادمور کا بیان اس کے بعد آئیگا، یہاں یہ بتا دینا ضروری ہے کہ التهاب قلب کی جو کچھ علامتیں موجود ہوتی ہیں وہ زیادہ تر التهاب عضلہ قلب کے سبب سے ہوتی ہیں نہ کہ التهاب درون قلبہ کی وجہ سے۔ وہ عموماً بالکل خفیف، اور بعض اوقات بالکل غیر موجود ہوتی ہیں۔ التهاب قلب کا آغاز، تپ کے بڑھ جانے سے ہوتا ہے۔ مسلسل سرعت قلب (tachycardia) عام ہے۔ شدید اصابتوں میں ورزش کے بعد سانس چھو لکر خستگی (exhaustion) ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہی مرض کے ابتدائی ترین علامات ہوں۔ استثنائی مثالوں میں روماتزمی حملے کے بعد چند مہینوں کے اندر ہی نمایاں فشل قلب (heart failure) ظاہر ہو جاتا ہے۔ مریض اکثر عذیم الدم (anaemic) ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

اس کی ابتدائی ترین طبی امارت یہ ہے کہ استماع کرنے پر مطرانی رقبے میں قلب کی پہلی آواز میں خفیف سی اطالت (prolongation) یا سختی (roughness) سنائی دیتی ہے، یا آواز قدرے صاف نہیں سنائی دیتی۔ ممکن ہے کہ چوبیس ہی گھنٹے کے اندر یہ لمبی ہو کر ایک واضح خریہ (murmur) یا پھونکنے کی نرم آواز (soft blowing sound) بن جائے، جو پہلی آواز کے ساتھ ساتھ ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد بکھرے اس کی جگہ لیلے۔ یہ قلب کی حاد سرایت ظاہر کرتی ہے اور یقیناً مطرانی بازروی سے پیدا ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مصالعات پر الہین کی نوک جیسی دقیق روئیدگیاں (pin-point vegetations) ہوں، لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ یہ عدم کفایت (incompetence) کبوں پیدا کر دیتی ہیں۔ زیادہ ممکن توجیہ یہ ہو سکتی ہے کہ بوجہ التهاب عضلہ قلب، مطرانی حلقہ (mitral ring) کا اتساع ہو کر عدم کفایت پیدا ہو جاتی ہے۔ جوں جوں مریض بہتر ہوتا جاتا ہے ممکن ہے کہ یہ خریات غائب ہوتے جائیں۔ مطرانی بازروی (mitral regurgitation) عموماً دوسری بر روی آواز کو مغنم (accentuated) بنا دیتی ہے۔ حاد قلبی مسدودی پیدا ہو جاتی ہے مگر بعض اصابتوں میں ایک متضاعف (reduplicated) پہلی یا دوسری آواز یا اس پر پائی دینے والا پیشی انکماش خریہ (presystolic murmur) اسوجہ سے ہوتا ہے کہ اس حالت میں بطینوں سے پہلے اذین محسوس طور پر منعقبض ہوتے ہیں، لیکن ان تمام

طبیعی امارات کا سبب مطرانی مصراع کی راہ سے خون کا زور سے بہہ کر جانا بھی ہو سکتا ہے، جیسا کہ ذیل میں بیان کیا گیا ہے۔ روماترزی تیب میں بچوں میں ایک نسبت کم عام خیر، جو اس پر ہی سنائی دیتا ہے بہ لحاظ وقت بین انبساطی (mid diastolic) ہوتا ہے۔ یہ یقیناً تمام اصابتوں میں مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ امتحان بعد الممت میں ایک سے زائد موقعوں پر یہ مصراع درست حالت میں پایا گیا ہے۔ یہ غالباً ”اضافی ضیق“ (”relative stenosis“) کی وجہ سے ہوتا ہے، یعنی ایک طبی مصراع کے ایک شیع بطین کے اندر کھلنے اور ایکٹھما (fluid vein) اور بصور (eddies) پیدا کر دینے کے باعث۔ یہ فلنٹ (Flint) کے اُس مشہور خیر کے مشابہ ہے جو اورطی بازروی میں ہوتا ہے۔ بچوں میں اس خیر کی موجودگی عموماً ایک شدید درجہ کی سرایت ظاہر کرتی، اور سالہائے مابعد میں ایک مکمل نمو یافتہ مطرانی ضیق پیدا کر دیتی ہے۔ اگر اورطی مصراع ماؤف ہوا ہے تو ممکن ہے کہ دوسری آواز نامکمل ہو اور ایک انبساطی خیر نویاب ہو جاتا ہے، لیکن دوسروں کی نسبت یہ ضرر بہت قلیل الوقوع ہے۔

التهاب پلیورل (ذات الجنب = pleurisy) جب قلب بہ شدت ماؤف ہو، اور بالخصوص جب التهاب تاءمور (pericarditis) بھی موجود ہو، تو یہ اکثر پایا جاتا ہے۔ ایک رگڑ (rub) سنائی دیتی ہے، اور ممکن ہے کہ درد بھی موجود ہو۔ جب ذات الجنب تاءموری اور حشائی پلیورل کے درمیان ہو تو پلیوری تاءموری فک (pleuro-pericardial friction) کا موجود ہونا ممکن ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 127)۔ عموماً ارتشاح (exudation) اتنا کافی نہیں ہوتا کہ جس کے بزل (tapping) کی ضرورت لاجن ہو۔ لیکن گاہ بگاہ ممکن ہے کہ وہ وسیع ہو کر بائیں قاعدے پر ویسے ہی طبیعی امارات پیدا کر دے جیسے کہ بائیں شش پر ایک تاءموری انصباب کے دباؤ سے پیدا ہو جاتے ہیں، یعنی آواز کی کمی (impairment of note) نافص جو فیزی خیر، یا کمزور بلند ارتغالی (high-pitched) شعبی تنفس۔ حاد مریوی اذیم (acute pulmonary cedema) اور شعبی ذات الریہ کبھی کبھی بچوں میں ہو جاتی ہیں (Poynton)۔ عام طور پر التهاب گردہ بھی ہم زمان طور پر ہو جاتا ہے۔

عرق دانوں (sudamina) اور دمنیات (miliaria) کے علاوہ، جو پہلے بیا ہو چکے ہیں، شرنی (urticaria) اور مختلف قسموں کا احمرار (erythema) بھی واقع ہو سکتا ہے، بالخصوص احمرار کثیر الاشکال (E. multiforme) اور پیرا کلاحت سروماترمی (peliosis rheumatica)۔ احمرار گره دار (E. nodosum) بھی روماتزم کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ وہ بنی سچی مآخذ کا ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو آگے) لیکن زیادہ عام طور پر تدریجی ہوتا ہے۔

تحت الجلدی کوائب (subcutaneous nodes) بالنوں کی نسبت بچوں میں زیادہ عام ہیں، اور مفاصل کے قرب وجوار میں اور غلی جود اور اُبھاروں پر پائے جاتے ہیں، جہاں جلد اور ہڈی کے درمیان زیادہ چربی مائل نہیں ہوتی، مثلاً کہنیوں اور گھٹنوں پر۔ وہ دردناک نہیں ہوتے اور شاذ ہی الیم ہوتے ہیں۔ انہیں جلد کے نیچے آزادانہ، اور ان کے پیچھے والی لیفی ساختوں پر خفیف سی حرکت دیجا سکتی ہے۔ وہ چند ہی ہفتوں میں غائب ہو جاتے ہیں۔

فمر۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ مفاصل کے علامات دس سے چودہ دنوں تک جاری رہیں، اور پھر وہ اکثر دفع ہو جائیں گے۔ گریسی سلیسیٹس (salicylates) کے ذریعہ علاج کیا جائے تو درد اور بخار اکثر ایک ہفتہ کے اندر غائب ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہر حال روماتزم ٹکس (relapse) کا بڑا رجحان ظاہر کرتی ہے، جس میں دن سے لیکر دو ہفتوں کے ایک خالی از تپ اور خالی از درد وقفہ کے بعد مفاصل بالکل اُسی طریقہ سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک جوڑ کا التهاب ہفتوں یا مہینوں تک رہنے کی وجہ سے شفا یابی میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ درد، ورم، اور کرختگی (stiffness) نمایاں تکالیف ہوتے ہیں، اور جوڑ کا علاج بالآخر آرام، جبیرات (splints) اور مقامی معالجہ سے کرنا پڑتا ہے۔ نقیہیت (convalescence) میں تاخیر کا ایک دوسرا سبب التهاب دروں قلبہ (endocarditis) کی سر بیج ترقی ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ مریض روماتزم سے گذر کر نمایاں مرض قلب میں مبتلا ہو جاتا ہے، جس میں اورطی یا مطرانی مرض کے خیرات عضلہ قلب کا فشل (failure) بلکہ التهاب تامہ موجود ہوتا ہے۔ روماتزمی حملہ کے دوران میں موت التهاب قلب سے، اور نہایت ہی شاذ طور پر

مفراط تپ ہے ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ اس میں عموماً کوئی دقت نہیں پیش آتی، کیونکہ دردِ مفاصل کا دفعۃً وقوع اور ساتھ ہی مفاصل کی سرخی اور ورم، بخار اور کثرتِ پسینہ، یہ سب بڑی حد تک فیصلہ کن ہوتے ہیں، بالخصوص اگر یہ نوعِ اشخاص میں واقع ہو، جن کی صحت پہلے اچھی تھی، یا جو اس کے برعکس، روماتزمی تپ یا مرضِ قلب کی ماضی مگرگزشت رکھتے ہوں۔ جہاں صرف ایک ہی مفصل ماؤف ہو وہاں حاد التهاب مغز استخوان کے متعلق غور کرنا چاہئے۔ اس میں بنی (constitutional) علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ الیمیت بہت زیادہ ہوتی ہے، خاص کر جبکہ ٹہری کو دبایا جائے۔ حاد تقیح اللہم (acute pyæmia) جس کے ساتھ تقیحی التهاب مفصل (suppurative arthritis) ہو، غیر عام ہوتا ہے، اور اس میں عموماً سرایت کا کوئی صریح مرکز موجود ہوتا ہے، جیسے کہ زچگی کے بعد عفونی رحم۔ جب مفاصل پر حملہ ہوتا ہے تو ان کے شفا یاب ہونے میں طویل عرصہ لگتا ہے۔ سوزنہ کی زلابی التهاب بھی روماتزمی تپ کی نسبت زیادہ دیر پا ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ قلبی پیچیدگیاں شاذ ہی ہوتی ہیں، اور التهاب بالخصوص رداؤل (fasciæ) کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں اسے آسانی غلطی سے حاد روماتزم سمجھ لیا جائے۔ ماد کثیر مفصلی التهاب (acute multiple arthritis) بہت سی نوعی سرایتوں، مثلاً تپ محرقہ، نرا حیر، اور نبقی ربوی سرایتوں، تپ ناکسہ، وغیرہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ وہ تعامل جو مریض سیلی سیلیٹس دینے پر ظاہر کرتا ہے، حاد روماتزم کی مفید دلالت ہوتا ہے۔ فقرس سے تشخیص اس مریض کے بیان میں درج کی جائیگی۔

ایک ایسے بچے میں جسے کثیر مفصلی التهاب نہ ہو چکا ہو، روماتزم کی تشخیص کا انحصار خواش طلق یا عفونی لوزین اور ایک قلبی ضریاز فن (chorea) کی شناخت پر ہوگا۔ حاد التهاب دروں قلبہ اور التهاب عضلہ قلب کی تشخیص کے لئے کسی قدر احتیاط کی ضرورت ہے، کیونکہ تازہ حاد التهاب دروں قلبہ اور التهاب عضلہ قلب کا خلط ملط پرانے مصر اجمعی مرض کے خیرات کے ساتھ اور تاء موری فیک کی آوازوں کے ساتھ ہو سکتا ہے۔ نوٹ کرنے کے قابل خاص امر یہ ہے کہ یہ زیر بحث خیر اپنی نوعیت

میں عموماً نرم، اور بہ لحاظ وقت انکماش، اور مطرائی رقبہ پر سختی کے ساتھ محدود ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ سرعت ضربات قلب (tachycardia) موجود ہو اور دوسری ریوی آواز مضغمت (accentuated) ہو سکتی ہے۔ ایک فعلی (functional) یا دموی خیر (haemic) murmur عموماً ریوی شریان پر بلند ترین، اور اُس کی صفت اکثر درشت (harsh) ہوتی ہے۔ مزمن مصرعی مرض کا خیر اکثر بلند یا درشت ہوتا ہے، جو ایک بڑے رقبہ پر سنا جاتا ہے، اور اُس کے ساتھ قلب کی جسامت یا شکل کا کچھ تغیر بھی ہوتا۔ انداز۔ حاد روماتزم کی شرح اموات تھوڑی ہوتی ہے۔ امکانی خطرات اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس امر کی کہ آیا مرض ہنوز فعال ہے تیش، اور شرح نبض اور تبدیلی خیرات بہترین سریری رہنما ہیں۔ خلیات احمر کی متفلی شرح سے مزید حاصل ہوتی ہے۔ ویسٹر گرین (Westergren) کا طریقہ استعمال کرنے پر، اگر خلیات پہلے گھنٹے میں ۱۰ ملی میٹر سے زیادہ یا دو گھنٹے میں ۲۰ ملی میٹر سے زیادہ گریں، تو مرض ہنوز فعال ہے (42)۔

تحریر۔ عموماً چکنی مٹی کی زمین روماتزم کی استعداد پیدا کرنے والی سمجھی جاتی ہے، اور دریائی وادیوں کے نشیبی مقامات سے احتراز کرنا چاہئے۔ روماتزمی بچوں کو چاہئے کہ اگر اُن کا لباس تر ہو جائے تو اُسے بدل ڈالیں۔ اہم ترین امر یہ ہے کہ تمام ممکن منابع سرایت کا علاج کرنا چاہئے۔ اس سلسلہ میں ناک اور جوفوں اور حلق کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے، بالخصوص بچوں میں، لیکن بالغوں میں خاصکر دندانہ سرایت کی تلاش کرنی چاہئے۔ روماتزمی مظاہر والے سچاسی بچوں پر عمل میں لائی ہوئی لوزہ برآری (tonsillectomy) کے موضوع پر ایک تحقیقات پیش کی گئی ہے (43)۔ بیشتر اصابتوں میں لوزتین ایک سے زائد بار التهاب میں مبتلا ہو گئے تھے، اور تمام اصابتوں میں لوزی لینی غدہ بڑھے ہوئے تھے۔ لوزہ برآری کے بعد اوسطاً ساڑھے تین سال سے زائد تک ان اصابتوں کا تتبع کیا گیا۔ ۵۹ فی صدی اصابتوں میں لوزی غدہ ناقابلِ جس ہو گئے۔ جن مریضوں کو روماتزمی تپ ہوئی تھی اُن میں سے ۸۴ فیصدی میں ٹنکس بالکل نہیں ہوا۔ جہاں تک زفن کا تعلق ہے ۵۰ فیصدی اصابتوں میں ٹنکس واقع نہ ہوا۔ التهاب عضلہ (myositis) اور درز

کے متعلق یہ ہے کہ ۷۷ فیصدی امصابتوں میں نکس واقع نہ ہوا۔ چند امصابتوں میں لوزتین کو کامل طور پر نکالنے کے لئے ایک دوسرے علیہ کی ضرورت واقع ہوئی۔ اس کے خلاف گریٹ آرمانڈ سٹریٹ (Great Ormond Street) میں ۴۲۸ امصابتوں کے ایک سلسلہ میں کہ جن میں زفن بھی شامل تھا، لوزہ برآری کے منفعت بخش نتائج بہت مشکوک تھے (45) اور یہ دیگر ارباب سند کی رائے کے مطابق ہے (47)۔ مندرجہ بالا سے حسب ذیل نتائج مستنبط کئے جاسکتے ہیں۔ روماتزمی بچوں میں جب لوزتین کی سرایت زندگی بچہ کی صحت کو خراب کر رہی ہو، اور بار بار سوزش خلق ہو اور مزمن خدی کلانی موجود ہو تو انقاف (enucleation) کے ذریعہ لوزتین کو بیکلہ نکال دینا مناسب ہے۔ اس علیہ کو حادثہ سرایت رفع ہو جانے کے بعد عمل میں لانا چاہئے۔

علاج۔ روماتزم کی تخفیف امصابتوں کے موثر علاج کے لئے بھی بستر میں کلی آرام کرنا ضروری ہے یہاں تک کہ مفاصل کا درد اور ورم غائب ہو جائے اور قلب کا فاعلی التهاب رفع ہو جائے۔ لیکن اس کا یقینی طور پر جاننا مشکل ہے کہ یہ نتیجہ کب ظہور میں آتا ہے، چنانچہ خطرہ کے سدباب کے لئے مریضوں کو (بالخصوص اگر وہ بچے ہوں) بہت ہفتوں تک بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے۔ بہر حال جب تک کہ نبض و ریش کم ہو کر طبعی نہ ہو جائیں اور کچھ دنوں تک ایسی نہ رہیں مریض کو اٹھنے کی اجازت نہ دینی چاہئے۔ ایک دوسری مفید دلالت خیرات کی نوعیت ہے۔ جب تک کہ یہ روز بروز کوئی تغیر ظاہر کریں اس کے یہ سمجھنے ہیں کہ فاعلی التهاب موجود ہے۔ سرایت کے ممکن مرکزوں کو تلاش کر کے اُن کا تدارک کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 276) لوزہ برآری پر اوپر غور کیا جا چکا ہے۔

شدید امصابتوں میں مفاصل اس قدر دردناک ہونگے کہ مریض کو سوائے چپ چاپ لیٹے رہنے کے کوئی چارہ نہیں ہوتا۔ مفاصل کو تضرر کے بہر خطرہ سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ بعض اوقات بستر کی کپڑوں کو جوارح سے ایک غاطیہ کے ذریعہ اٹھاکر رکھنا چاہئے۔ مفاصل کو نرم روئی میں، جس پر شدید امصابتوں میں تھوڑی سی مسکن دوا (anodyne)، مثلاً 'نفاح' یا 'افیون' کا مروج، چھڑک لی جائے، پلیٹ ویچے سے درد میں قدرے مقامی تخفیف حاصل ہو سکتی ہے، یا مفصل پر پیتل سیلی سلیٹ

(methyl salicylate) (ونٹر گرین کا مصنوعی تیل) پھیلا کر اسے گٹا پر چسپو (gutta purcha tissue) سے ڈھانک سکتے ہیں۔ گزشتہ زمانہ میں خالص دودھ کی غذا تجویز کی جاتی تھی، لیکن عام اصول کی بنا پر مختلف الاقسام غذاؤں کی اجازت دینا نسبتہ بہت بہتر ہے، جیسا کہ دوسری حموی حالتوں میں کیا جاتا ہے۔

جو دوا اب تقریباً عالمگیر طور پر کام میں لائی جاتی ہے وہ سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) ہے۔ جب مریض کامل طور پر اس کے زیر اثر ہو جاتا ہے تو درد غائب ہو جاتے ہیں، معاصر کی سرخی اور ورم میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور تپش دو یا تین درجہ کم ہو جاتی ہے، بلکہ ممکن ہے کہ طبعی درجہ پر آجائے۔ اگر اب اس دوا کی مقدار کم کر دی جائے یا اس کا استعمال جاری نہ رکھا جائے تو بہت ممکن ہے کہ درد خود کرائیں۔ اگر وہی مقدار خوراک قائم رکھی جائے تو روماتزم اسی وقت سے علماً شفا یاب ہو جائے گی۔ لیکن علاج کو دوا اور غذا ہر دو کے ذریعہ سے دس یا زیادہ دنوں تک جاری رکھنا پڑے گا، اور اس مدت کے انتہام پر کسی قدر ڈیلیل دیجا سختی ہے۔ سیلی سلک ایسڈ یا اس کے سوڈیم والے نمک، دونوں کی موثر مقدار خوراک ۲۰ گرین ہے، اور سیلی سین کی مقدار خوراک ۳۰ گرین ہے، جو پہلے چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں ہر چوتھے گھنٹے دینی چاہئے۔ لیکن کم شدید امابتوں میں اس سے چھوٹی مقدار کافی ہو سکتی ہے۔ بعض طبیب ابتدائی چار یا پانچ گھنٹوں میں ایک نسبتہ چھوٹی خوراک ہر گھنٹے دیتے ہیں، اور پھر اس تواتر کو گھٹا کر ہر دوسرے گھنٹے دیتے ہیں۔ اگر حل نہایت شدید ہے تو ممکن ہے کہ پہلے دن ۲۰ گرین کی خوراک ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے دینا مناسب ہو۔ اگر بہت زیادہ مقدار دی جائے تو مریض دردمر، بہرے پن، طینس الاذن (tinnitus aurium) اور خفیف ہڈیاں میں بتلا ہو جاتا ہے، لیکن دوا کو موقوف کر دینے پر یہ علامات موقوف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی تھ، سست یا غیر منتظم نبض، البیون بولت (epistaxis)، دم بولیت یا اُسرا بول (suppression of urine) اور تسم بولی (uræmia) واقع ہو گیا ہے۔ عام طور پر ابتدائی سستی علامات در دوں کے ارفع ہونے کے ساتھ ہنرماں ہوتے ہیں۔ لیکن تخفیف درد حاصل ہوا۔ نے کے بعد دوا کی مقداروں کے تواتر کو کم کر کے روزانہ چار، اتن بار کر دینا چاہئے اور

آخری در دیا آخری غیر طبعی پیش کے بعد پانچ یا چھ دن گزر جانے کے بعد تک اسی مقدار کو جاری رکھنا چاہئے اور پھر یہ دوا بالکل موقوف کر دی جائے۔

روما تزم پر ان تین زیر غور دواؤں کے اثرات میں کوئی تین فرق نہیں عموماً سوڈیم والاٹک پسند کیا جاتا ہے اور اکثر اس کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی ساوی مقدار شامل کر دی جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ دوائیں چنداں کامیاب نہیں ہوتیں۔ دردم ہو کر جاری رہتے ہیں، یا ٹکس (relapses) اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسی حالت میں سیلی سلیٹ آف کونین (salicylate of quinine) (۲ تا ۶ گرین) مفید ہو۔ یا قدیم قلوبی علاج کیا جاسکتا ہے یعنی پوٹاسیم بائی کاربونیٹ یا ایسٹٹ، ۲۰ گرین ہر چار گھنٹے دینا، یا پوٹاسیم بائی کاربونیٹ کونین کے ساتھ دینا۔ مادہ روما تزم کے دردوں پر سیلی سلک ایسڈ شامل رکھنے والے مرکبات، مثلاً سیلال (salol)، سیلوفین (salophen)، اور ایسٹیل سیلی سلک ایسڈ (ایسپرین) کچھ اثر رکھتے ہیں۔ آخر الذکر ۱۰ یا ۱۵ گرین کی خوراکوں میں برشامہ (cachet) میں بہت متحمل ہے۔

264

ابھی یہ معلوم نہیں کہ سیلی سلیٹ کس طرح عمل کرتے ہیں۔ بہت سے ماہرین کا یقین ہے کہ یہ خود سرایت پر کوئی نوعی اثر نہیں رکھتے۔ فی الحقیقت یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ تپ اور درد مفاصل کو دور کرنے میں ایک گونہ نقصان ہے، کیونکہ اس سے قلب میں ایک ایسی دالمت جو کہ سرایت کی رفتار ظاہر کرتی ہے ہاتھ سے جاتی رہتی ہے، اور کسیتدرتپ کا موجود رہنا سرایت کے خلاف ایک مفید مدافعت ہے۔

شدید ارتفاع حرارت (hyperpyrexia) کا علاج فوری اور مستعدی کے ساتھ ہونا چاہئے جیسا کہ ضربت احرار (Heat Stroke) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

زرقن (داء الرقص)

(chorea)

(Sydenham's chorea, chorea minor)

داء الرقص کی میز خصوصیت جسم کے مختلف حصوں کی بیقاعدہ غیر ارادی حرکت

ہیں۔ اس کا مقبول عوام مرادف ”سینٹ وائٹس کا رقص“ رقصی مانیا کی ان وباؤں کی طرف اشارہ کرتا ہے، جو ازمنہ وسطیٰ میں واقع ہوتی تھیں، جبکہ مریض سینٹ وائٹس کے مزار کی زیارت سے شفایاب ہو جاتے تھے۔ اسی بنا پر اس مرض کا نام ”سینٹ وائٹس کا رقص“ (Chorea Sancti Viti) ہو گیا۔ لیکن جو شکایت ان وباؤں میں ہوا کرتی وہ کیتھرہسٹیریا کی سی کیفیت رکھتی تھی، اور اگرچہ داء الرقص کا نام اب بھی بعض اوقات غیر طبعی حرکت کی بعض دوسری قسموں کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، تاہم وہ عموماً اُسی عارضہ کے لئے محفوظ رکھا جاتا ہے جو اب بیان کیا جائے گا۔

اسباب۔ داء الرقص حاد روماتزم کی ایک قسم ہے، اور اسی واسطے اُس کے اسباب بھی وہی ہیں جو اس کے ہیں۔ وہ بیشتر طفلی کا مرض ہوتا ہے، تقریباً نصف امیالیں پانچ اور دس سال کی عمروں کے درمیان ہوتی ہیں، اور دوسری ایک تہائی دس اور پندرہ سال کے درمیان ہوتی ہیں۔ وہ لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ اکثر الوقوع ہے، دو یا تین اور ایک کی نسبت میں۔ ڈریا دماغی صدمہ یا بار، جیسے کہ مدرسہ کے امتحانات کے لئے محنت کرنا، اس مرض کو بڑھانے والا سبب ہو سکتا ہے۔ بالغ مریضوں میں حمل ایک عام پیش رو سبب ہے۔ ان میں سے بعض کو بچپن میں روماتزم اور دوسروں کو داء الرقص ہو چکا ہوتا ہے۔

مرضی تشريح۔ دماغ میں بیش دمویت پائی جاتی ہے۔ لیکن تغیرات اتنے زیادہ نہیں ہوتے کہ یہ ظاہر کریں کہ داء الرقص کا سبب جراثیمی حملہ ہے۔ قطنی کچھ کے (lumbar puncture) سے لف خلیات میں کوئی زیادتی شاذ و نادر ہی دریافت ہوتی ہے۔

امراضیات۔ داء الرقص کے ایک روماتزمی سرایت ہونے کی تائید ان واقعات سے ہوتی ہے: التهاب دروں قلبہ کا اکثر وقوع، اور ہلکا صابٹوں میں اُس کی تقریباً ہمیشہ موجودگی۔ دوران حیات میں اس کا تلام روماتزمی تپ اور اُس کے مختلف مظاہر کے ساتھ۔

پہلے جو نظریہ مانا جاتا ہے یعنی یہ کہ داء الرقص دماغ پر ایک جراثیمی حملہ ہے، یہ ضروری معلوم ہوتا ہے کہ اب اس کو ترک کر دیا جائے، الا چند خراب ترین اصابتوں میں (جنونی داء الرقص) کہ جن میں نبتہ سبجمیہ کاشت کیا گیا ہے۔ حالیہ تحقیقات سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ مرض، جسم میں اور خاص کر دماغی شغای سیال میں یونی کیلشیم (ionic calcium) کا مافیہا گھٹ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے یعنی یہ ۵ ملی گرام فیصدی سے کم ہو جاتا ہے، اور جب بچہ صحت یاب ہو جاتا ہے تو ۵ ملی گرام سے زیادہ ہو جاتا ہے (51)۔ اس نظریہ کی رو سے داء الرقص تکرز (tetany) سے ایک قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ تکرز کی طرح اس میں بھی یہ دیکھا جاتا ہے کہ عضلات کی برقی ہیجان پر تحریک پذیری بڑھ جاتی ہے۔ چنانچہ اقل محرک روحوہ ایکٹ طویل (supinator longus) میں، فعال برقیہ کو عضلہ کے حرکی نقطہ پر لگانے پر ایک مرنی جھٹکا پیدا کر سکتی ہے، ۲ ملی امپیئر (milliamperes) سے کم ہے، حالانکہ طبعی اس عدد سے زیادہ ہے (52)۔

علامات - داء الرقص کے علامات تنہا موجود ہو سکتے ہیں، یا ان کے ساتھ مادر روماتزم کے وہ مظاہر بھی ہو سکتے ہیں جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس مرض کا نمایاں ترین خاصہ عضلات کا فعل ہے، وہ (۱) غیر ارادی حرکت، (۲) عدم اتساق (ataxy) یا ناہم آہنگی (inco-ordination) اور (۳) خفیف درجہ کی حقیقی کمزوری یا استرخا (paresis) کی حالت میں ہوتے ہیں۔ مریض ایک مستقل حرکت کی حالت میں ہوتا ہے، خواہ وہ لیٹا ہو، بیٹھا ہو یا کھڑا ہو۔ اور یہ حرکات، جو جسم کے تقریباً تمام عضلات میں پائے جاتے ہیں، جھٹکے دار، بیقاعدہ اور بے غایت ہوتے ہیں۔ انگلیاں کھولی اور بند کی جاتی ہیں، کلائی کو یکایک پھیلا یا یا خم کیا جاتا ہے، یا کندھا اٹھا دیا جاتا ہے۔ چہرے کے عضلات کو جھٹکا لگتا ہے، بھوس بھوس یکایک اونچی کر لی جاتی ہیں، سر یا آنکھیں ایک جانب کو گھمائی جاتی ہیں، اوٹھنی اوٹھنی یا سچی کر لی جاتی ہے۔ جو ارج زیرین میں حرکات اکثر کم ہوتے ہیں۔ پاؤں کی انگلیوں کو جھٹکا لگتا ہے، یا ایک گھٹنا گر پڑتا ہے۔ دھڑکے عضلات میں ہمیں جسم ایک یا دوسری طرف آدھا گھوا ہوا نظر آتا ہے، اور شکم کی ناگہانی باز شدگی،

یا تنفسی عضلات کا جھٹکے دار فعل دیکھنے میں آتا ہے۔

ارادی حرکات کے وقت یہ بیقاعدگی اور زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ہاتھ سامنے باہر پھیلا دئے جائیں تو سوجھ اٹھیں مضبوط تھامے رکھنے کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ زبان باہر نکالنے پر وہ ایک جھٹکے کے ساتھ باہر نکالی جاتی اور شاید یکا یک اندر کھینچ لی جاتی ہے، اور ساتھ ہی جہڑوں کے عضلات بیقاعدگی کے ساتھ متحرک ہوتے ہیں۔ چلنے میں ٹانگیں ادھر ادھر پھینکی جاتی ہیں، جسم کو جھٹکے کے ساتھ جکڑ دیا جاتا ہے، اور کندھے اوپر اٹھائے جاتے ہیں۔ اسی طرح یہ بھی دیکھنے میں آسکتا ہے کہ عضلات بڑی تیزی کے ساتھ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں۔ کسی چیز کو پکڑ لینے کے بعد ایک یا دو انگلیاں جلد ڈھیلی ہو جاتی ہیں، اور جلد ہی وہ ہاتھ یا بازو گر جائے گا۔ اگر مریض کو غور سے دیکھتے رہیں یا اگر وہ جوش کی حالت میں ہو جائے تو یہ حرکات زیادہ ہو جاتے ہیں۔ نیند میں حرکات موقوف ہو جاتے ہیں۔

اس مرض میں بچی کے مزاج میں تغیر ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ مریض زور و رنج، چڑچڑی، متلون المزاج، یا برا نگینہ ہو جاتی ہے، اور دماغی طور پر اس کا حافظہ کمزور ہو جاتا ہے اور وہ اپنی توجہ کو قائم نہیں رکھ سکتی۔

اقسام۔ بعض اوقات علامات نہایت خفیف ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ ایسے ہی رہتے ہیں۔ انگلیوں کو صرف قدرے جھٹکا لگتا ہے، بیقاعدہ حرکات شاذہی دیکھنے میں آتے ہیں، لیکن بچی جن چیزوں کو لیجانے کی کوشش کرتی ہے انکو اگر ادیتی ہے۔ بعض اصابتوں میں حرکات ایک ہی جانب کے ہاتھ یا پاؤں تک محدود ہوتے

ہیں (نرفن نصفی: hemichorea)۔ دوسری اصابتوں میں قطعی فالج ہوتا ہے اور زفنی حرکات خفیف ہی ہوتے ہیں۔ بازو پہلو میں الٹا ہوا رہتا ہے اور وقت کے ساتھ اٹھایا جاسکتا ہے۔ انگلیوں کو کبھی کبھی جھٹکا لگتا ہے اور ان کی گرفت نہایت کمزور ہوتی ہے (شللی نرفن: paralytic chorea)۔ ممکن ہے کہ نرفنی نصفی فالج (choreic hemiplegia) ہو جائے۔ شاذ اصابتوں میں چاروں جوارح مآؤف ہو جاتے ہیں اور بچی بالکل بے بس پڑی رہتی ہے، اور اگر اُسے اٹھایا جائے تو ہر چارہ ایک لکڑی کے کندے کی طرح نیچے گر پڑتا ہے۔ کبھی کبھی بے کلامی ذہنی

مانیائی اور مانیولیائی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں اور یہ عموماً مارضی ہوتی ہیں۔
 استثنائی طور پر حرکات نہایت تند ہوتے ہیں۔ کھڑا رہنا یا بیٹھنا ناممکن
 ہو جاتا ہے، اور مریض صاحب فراش ہو جاتی ہے، اور خود کو بستر میں نہایت
 تند و تیز پیچ و تاب کے ساتھ ادھر ادھر پھینکتی پٹکتی ہے، ہاتھ اور بازوؤں کو
 پٹنگ کی جانوں یا سرھانے پر مارتی ہے، اور کہنیوں، شانوں، سرینوں
 کولہوں، گھٹنوں اور ایڑیوں کو اس طرح رگڑتی ہے کہ جس سے جلد کی خطرناک
 خراشیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اُسے غذا پہنچانا مشکل یا ناممکن ہو جاتا ہے،
 کیونکہ ہر چیز جو مریضہ کے منہ کے پاس رکھی جائے دھکا دیکر ہٹا یا گرا دی جاتی ہے،
 بلکہ اگر وہ مریضہ کے منہ میں پہنچ بھی جائے تو ممکن ہے کہ بلع میں ہم آہنگی عضلات
 نہ ہونے سے وہ پھر نکل جائے۔ یہ امابتیس (زمن خطرناک: chorea gravis)
 بعض اوقات نہایت تیزی کے ساتھ ترقی کر جاتی ہیں، مریض رکنا تار حرکت اور
 کافی غذا نہ پہنچنے کی وجہ سے خستہ معلوم ہوتا ہے۔ سریع لاغری واقع ہو جاتی
 ہے، چہرہ سرخ ہو جاتا ہے، آنکھیں میٹھ جاتی ہیں لیکن چمکدار ہوتی ہیں، لب
 اور زبان خشک ہو جاتے ہیں، نبض سریع ہوتی ہے، اور بالآخر موت واقع
 ہو سکتی ہے، اور اُس سے پہلے اکثر تپش کی مقدار بلند، اور حرکات موقوف
 ہو جاتے ہیں۔ حقیقتاً ممکن ہے کہ مریض موت سے پہلے چند گھنٹے تک بالکل سکون
 کے ساتھ پڑا رہے اور یہ خیال پیدا کر دے کہ نقیہیت شروع ہو گئی ہے۔ بعض
 امابتوں میں ذہن شدید طور پر مآؤف ہو جاتا ہے اور مریض ہذیانی بلکہ وحشیانہ
 طور پر مانیائی ہو جاتا ہے۔ ایسی تند حالتیں پندرہ اور پچیس سال کے درمیان
 کی عمروں میں نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور ان کا بڑا اتنا سبب حاملہ عورتوں
 میں ہوا کرتا ہے۔

مُددت - داد الرقص کی مدت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ امابتوں
 کی غالب تعداد چھ ہفتوں سے لیکر تین ماہ تک قائم رہتی ہے۔ ایسا بھی بار بار ہوتا
 ہے کہ مرض کے شدید مظاہر رفع ہونے کے بعد خفیف جھٹکے بہت ہفتوں پہنچتے
 تک ہوتے رہے ہیں، اور علامات کچھ عرصہ کے بعد پھر شدت کے ساتھ ہو جاتیں۔

بالاخر زیادہ تر مریض شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ تند و تیز حالتیں عموماً قلیل المدت ہوتی ہیں۔ اگر موت واقع ہوتی ہے تو وہ اکثر پہلی علامت سے یا حرکات کے تند ہونے کے وقت سے دو یا تین ہفتوں کے اندر واقع ہو جاتی ہے۔ جب شفا ہوتی ہے، تو حرکات چند ہفتہ کے بعد سست تر پڑ جاتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ کامل شفا یابی میں کچھ عرصہ کی تاخیر ہو جائے۔ داء الرقص کئی طور پر رفع ہو جانے کے بعد بھی گھس کا احتمال رکھتا ہے۔ دوسرے یا تیسرے حملے اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ پہلے حملہ کی نسبت قلیل تردت کے ہوں، لیکن دیگر خصوص میں اس کے مختلف نہیں ہوتے۔

عواقب مرض۔ اس مرض کے بعد بعض اوقات مریض کے یکایک چمک اٹھنے (sudden starts) کی قابلیت باقی رہ جاتی ہے، جو ہمینوں کے عرصہ میں رفع ہو جاتی ہے۔ صرع (epilepsy) بھی شاہدے میں آتی ہے، اور شفا یابی کے بعد ایک تھکن (tic) کا باقی رہ جانا ممکن ہے۔

تشخیص۔ اس میں شاذہی کوئی دقت پیش آتی ہے۔ داء الرقص سے قریبی شاہدت رکھنے والے حرکات ہسٹیس یا کے جزو کے طور پر واقع ہو سکتے ہیں۔ وہ عموماً زیادہ متوازن اور زیادہ محدود المقام ہوتے ہیں، اور بہ سرعت شفا یاب ہو سکتے ہیں۔ عاداتی شنج (habit spasm) بچوں میں موجود ہو سکتا ہے اور متذکرہ بالا سے قریبی مماثلت رکھتا ہے۔ اس کے حرکات محدود المقام، اور نوعیت میں ارادی ہوتے ہیں، اور داء الرقص کے حرکات کی نسبت زیادہ قابل ضبط اور کم مستقل ہوتے ہیں۔ فریڈرک کے عداہم اتساق (Friedrich's ataxia) میں حرکات جھٹکے دار ہوتے ہیں۔ لیکن چال مختلف اور سرگزشت نہایت طویل ہوتی ہے، اور دوسرے امارات موجود ہوتے ہیں۔

انذار۔ یہ بچوں میں زیادہ امید افزا ہوتا ہے، قطع نظر قلب کی حالت کے۔ نو عمر بالوں میں یہ نسبت زیادہ غیر یقینی ہوتا ہے۔

علاج۔ مادروما تزم کا علاج دیکھنا چاہئے۔ بچی کو بستر میں سکون کے ساتھ رکھنا، اور اسے پریشان یا ناراض کرنے والی ہر امکانی چیز سے دور رکھنا چاہئے۔

غذا سادہ، مغذی اور بے افراط ہونی چاہئے۔ کیلشیم آیسپرین (۷ تا ۱۰ گرین) اور کلوروٹون (۵ گرین) دن میں تین بار نفع بخش ہوتے ہیں۔ آرسینک (سم الفار) عموماً دیا جاتا ہے، لیکن اس کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ اُس سے کوئی نفع حاصل ہوتا ہے۔ نہایت تند اصابتوں میں ممکن ہے کہ ایک انفی نلی (nasal tube) کی مدد سے غذا دینی پڑے۔ مال ہی میں پیرا تھارمون (parathormone) کے اثرات سے جو کہ دماغی نواحی سیال میں کیلشیم کو بڑھا دیتے ہیں، موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ دس سال کے بچہ کے لئے اس کے ۵ قطرے شب کو اور صبح دئے جاتے ہیں، اور تین سال کے بچہ کے لئے ۳ قطرے دئے جاتے ہیں۔

التهاب دروں قلبہ

(ENDOCARDITIS)

التهاب دروں قلبہ، دوسرے بہت سے التهابی اعمال کی طرح، ہمیشہ دقیق عضویوں یا اُن کے سموم کے فعل کے باعث ہوا کرتا ہے۔ عام طور پر وہ حصے جو کہ پہلے ماؤف ہوتے ہیں قلب کے بائیں جانب کے مصراع ہوتے ہیں، ضرر اکثر اُن ہی تک محدود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالکل زائل ہو جائے، یا اگر کوئی خفیف سے آثار باقی رہتے ہیں تو وہ مصراعی ساخت کا نقصان ہوتا ہے، جس کے آخری نتائج متاثر اُس مصراع کے میکافی فشل پر منحصر رہتے ہیں۔ یہ سادہ حاد التهاب دروں قلبہ (acute endocarditis) ہے، اور مزمن التهاب دروں قلبہ (chronic endocarditis) کی اصطلاح کا اطلاق مصراحوں کے اُن مستقل تشوہات اور تغیرات پر کیا جاتا ہے جو ایک سادہ حاد التهاب دروں قلبہ کا نتیجہ ہوتے ہیں اور جو ممکن ہے کہ مابعد ماحملوں سے زیادہ خراب ہو جائیں۔ لیکن یہ اصطلاح اس التهابی عمل کے لئے بھی استعمال کی جاتی ہے جو ابتدا ہی سے مزمن ہو۔ دوسری اصابتوں میں، مثلاً میں اس سے زیادہ وسیع تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، نیز دقیق عضویہ موجود ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ جوئے خون کے ذریعہ جسم کے دور افتادہ حصوں تک پہنچ جائیں

اور اس طرح مرض کے تازہ مرکز پیدا کر دیں۔ اس کو خبیث التهاب دروں قلبیہ (malignant endocarditis) کہتے ہیں۔

حاد التهاب دروں قلبیہ

(acute endocarditis)

اسباب۔ حاد التهاب دروں قلبیہ، مریضوں کی نہایت غالب تعداد میں، ایک سرایت ہے جو حاد روماتزم کے قشب کے باعث ہو جاتی ہے جس پر بحث کی جا چکی ہے۔ عموماً التهاب عضلہ قلب اس کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حلی قرمز، خناق و بانی، تپ محرقہ، اور دوسرے ساری امراض میں بھی حاد التهاب دروں قلبیہ واقع ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی وہ مرض برائٹ، آتشک اور دوسرے مزمن امراض کی ترقی کے دوران میں واقع ہو سکتا ہے۔ وہ مقامی تضررات، جیسے کہ سنگنا مصراع کے، یا اجال و تری کے انشقاق کے بعد، اور قلب کے ایک حصہ کی دوسرے حصے پر غیر فطری فرک لگنے سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ غیر طبعی روزنوں میں سے خون کی رُوؤں کا گزرنا دروں قلبیہ مقامی التهاب پیدا کر سکتا ہے۔ کسی ساری مرض سے منوالے مریضوں کے مصراعوں، بالخصوص اُو رطی مصراعوں پر دقیق روئیدگیوں کا نظر آنا نہایت عام ہے، اور اس سے جوئے خون کی منتہائی سرایت ظاہر ہوتی ہے۔ مزمن حاد التهاب دروں قلبیہ کے جدا گانہ بیان کی ضرورت نہیں، کیونکہ حاد روماتزم اور دوسرے ساری امراض کے تحت اس پر بحث ہو چکی ہے۔

مزمن التهاب دروں قلبیہ

(chronic endocarditis)

(قلب کا مزمن مصراعی مرض)

مصراعی تضررات کا اضافی تواتر۔ التهاب دروں قلبیہ کا قلب کی

دونوں جانبوں کے ساتھ کیا تعلق ہے، یہ امر بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے اگر التهاب دروں قلبیہ جنبی زندگی کے دوران میں ہو تو یقین کیا جاتا ہے کہ وہ ریوی با شلشی مصراعوں

پر حملہ آور ہوگا، لیکن یہ امر بہت شاذ ہے کہ دوران زندگی میں اکتسابی طور پر ہونے والا التهاب دروں قلبہ صرف قلب کے دائیں جانب کے مصراعوں پر حملہ آور ہو۔ شفاخانہ کائی (Guy's Hospital) کے ۲۰۰۰ امتحانات بعد المہات میں ایسی مثال صرف ایک تھی۔ اس کے برعکس دائیں جانب کے التهاب دروں قلبہ کا بائیں جانب کے التهاب دروں قلبہ کے ہمراہ واقع ہونا استقدر غیر عام نہیں ہے (18)۔ عام ترین واقعہ یہ ہے کہ بائیں جانب کے مصراع تنہا مؤف ہوا کرتے ہیں۔ مطرانی مصراع کا مرض اس سے زیادہ عام ہوا کرتا ہے کہ جتنا اورطی مصراع کا مرض، کیونکہ روماتزمی تپ جو کہ مطرانی مصراع پر خاص طور پر حملہ آور ہوتی ہے، مصراعی مرض کی عام ترین پیش رو ہے۔ بازروی (regurgitation) بذات خود، جیسا کہ ایک ایسی انکماششی خریر سے ظاہر ہوتا ہے، مطرانی دہن پر نہایت اکثر الوقوع واقعہ ہوتی ہے، اگرچہ اس میں شبہ ہے کہ یہ بازروی مرض مصراع کی وجہ سے ہوتی ہے یا ایک متسع مطرانی حلقہ کی وجہ سے۔ تسد اور بازروی کا اجتماع تو اثر کے لحاظ سے اس کے بعد آتا ہے، اور مخلص سدودی سب سے قلیل الوقوع ہوا کرتی ہے۔ لیکن کسی بھی قسم کے مطرانی مرض کی اصابتیں جو امتحان بعد المہات کے لئے آتی ہیں ان کی اکثریت میں ضیق پائی جاتی ہے۔ یہ اس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ ضیق مطرانی مصراع کے طویل المدت التهاب کا قدرتی نتیجہ ہوتی ہے۔ اورطی دہن پر بازروی اس سے بہت زیادہ عام ہوتی ہے کہ جتنی سدودی۔ روماتزمی اصابتوں میں اورطی مرض عموماً مطرانی مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حلی قرمز یہ کے بعد ہونیوالی اصابتوں میں اس سے زیادہ تعداد میں اورطی مرض ہوتا ہے کہ جتنا حاد روماتزم کے بعد ہونے والی اصابتوں میں۔ خالص اورطی مرض آشک کے باعث ہوتا ہے اور شاذ طور پر حاد روماتزم کی وجہ سے ہوتا ہے۔ قلب کے دائیں جانب پریشلی بازروی جو بالکل عام طور پر ملتی ہے وہ عضلی حلقہ کے اس اتساع کے باعث ہوتی ہے جو چپٹائی فٹل کے بعد ثانوی طور پر ہوتی ہے اور اسوجہ سے وہ فی الحقیقت ایک مصراعی ضرر ہے ہی نہیں۔

تو فیضی اتساع اور بیش پرورش اولاً قلب کے اس مضموم کہنے کو مؤف کرتے ہیں جس کے ساتھ مؤف شدہ مصراع تعلق رکھتے ہیں۔ تاہم جب

تعویض کا فشل واقع ہوتا ہے تو قلب کے دوسرے کھنڈے بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مثلاً اگر بایاں بطنیں تنسع ہو جاتا ہے تو وہ عضلی حلقہ بھی جس سے مطرانی مصراع معلق ہے اس اتساع میں شریک ہو جاتا ہے۔ اس سے مطرانی بازروی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے نتیجے کے طور پر بائیں اُذین کا اور پھیپھڑوں کا احتقان پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی ربوی خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ اب اس مزاحمت کو دفع کرنے کے لئے دایاں بطنیں بیش پروردہ ہو جاتا ہے۔ اگر اس کھنڈے کا اتساع واقع ہو جائے تو اس سے مُثلثی بازروی اور ساتھ ہی شکی احتشاء کا احتقان پیدا ہو جاتا ہے۔ مصرعی مرض کے ساتھ اکثر عضلہ قلب کا شحمی اور لیفی آسا انحطاط متلازم ہوتا ہے۔ یہ انحطاط اُسی سبب سے ہو سکتا ہے کہ جس نے ابتدائی مصرعی مرض پیدا کر دیا ہو، مثلاً روماتزمی تب، آتشک وغیرہ، یا یہ عضلہ قلب کے تغذیہ کی کمی کا راست نتیجہ ہو سکتا ہے۔ آج کل اس خیال کی طرف رجحان ہو رہا ہے کہ مصرعی مرض میں فشل قلب پیدا کر دینے والا جو سب سے زیادہ اہم عامل ہے وہ عضلہ قلب کی حالت ہے۔ اگرچہ ایسا مصرعی مرض جس کے ساتھ عضلہ قلب کے تغیرات نہوں ورزش کے بعد سانس پھولنے اور خستگی کے علامات پیدا کر سکتا ہے، جس سے تعویض کا اضافی فشل ظاہر ہوتا ہے، تاہم غالباً یہ صحیح ہے کہ اگر عضلہ قلب تندرست ہے تو تعویض کا کامل فشل واقع ہونے کا امکان مشکل ہوگا۔ اس کے ساتھ ہی یہ ضروری ہے کہ قلب پر بحیثیت مجموعی غور کیا جائے۔ فی الحقیقت یہ ناممکن ہے کہ مصرعی مرض کے اثر کو عضلہ قلب کے تغیرات کے اثر سے جدا کیا جائے اس وقت جبکہ یہ دونوں ایک ساتھ موجود ہوں۔

اورطی مرض

مرضی تشریح۔ اورطی مصراع کے مرض کے دو خاص اسباب ہیں اولاً، حاد روماتزم ہے۔ یہاں اورطی مصراحوں کا مرض ۶۲ فیصدی اصابتوں میں مطرانی مصراحوں کے مرض کے ساتھ متلازم تھا۔ ۳۸ فیصدی میں اورطی مصراع تنہا ماؤف تھے۔ ثانیاً، آتشک ہے۔ یہ مرض عموماً اولاً التهاب اورطی پیدا کرتا ہے اور اسی

عمل میں اور طبی مصراع بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مطرانی مصراع عموماً غیر متاثر رہتے ہیں۔ ۲۹۶ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں حادروما ترم ۵، ۶ فیصدی میں وجہ مرض تھا، جن میں مرد اور عورتیں تقریباً مساوی تناسب میں تھیں۔ آشک (تین آدمی ایک عورت کے پیچھے) ۱۸، ۶ فیصدی میں۔ اتھروما (تمام معمر مرد تھے) ۶، ۸ فیصدی میں۔ دیگر اسباب ۱، ۷ فیصدی میں۔

مرضی تشریح - اور طبی مصراعوں میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ ان کے پٹوں کے قاعدوں کی طرف لیفی بافت سے دبازت پیدا ہو جاتی ہے، ان کی آزاد کور نسبتاً کم حد تک دبیز ہو جاتی ہے، اور ان کے نیم قطری ناپ چھوٹے ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پٹ دھنہ کو دھانکنے کے لئے باہم مل نہیں سکتے۔ قلب کی بیش پروں بھی ملاحظہ ہو۔

268

چونکہ تینوں پٹ جدا جدا ہوتے ہیں، لہذا مزمن التهاب انہیں ایک دوسرے سے علیحدہ طور پر سکڑا دیتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اور طبی بازروی پیدا ہو جاتی ہے، نیز بازرو جوئے خون کی رگڑ کی وجہ سے دروں قلبہ کی دبازت واقع ہو جاتی ہے۔ اور طبی کی دیوار پر اس جگہ جہاں مصرائی فلتے باہم ملتے ہیں ان تین نقطوں پر کس قدر دبازت واقع ہو سکتی ہے اور یہ فلتے عموماً ان تین نقطوں پر کس قدر چپکے ہوئے ہوتے ہیں، لیکن اتنے کافی نہیں چپکتے کہ جس سے فتح کی ضیق پیدا ہو جائے۔ مصراعوں کے لئے یہ کس قدر شاذ ہوتا ہے کہ وہ باہم اتنے پیوستہ یا اتنے ٹکس یا غلطی جماؤں سے اتنے دبیز ہو جائیں کہ خون کے بہاؤ میں مزاحمت پیش کریں، مطرانی مصراع کی صورت اس سے بالکل متضاد ہے، لیکن جب ضیق موجود ہوتی ہے تو عموماً کس قدر بازروی بھی ہوتی ہے۔ استثنائی طور پر یہ التصاق (fusion) اتنا مکمل ہوتا ہے کہ اور طبی کے اندر خون کے گزرنے کے لئے صرف ایک چھوٹا فتح رہ جاتا ہے، اور پھر بھی مصراع بخوبی بند ہو سکتا ہے۔ دوران خون پر متواتر اور مسلسل زور پڑتے رہنے سے، بالخصوص ہاتھوں کے زیادہ استعمال سے، جیسا کہ آہنگروں، آرہ کشوں، اور محنتی پیشہ کرنے والے دوسرے اشخاص میں واقع ہوتا ہے، ممکن ہے یہ ضررات زیادہ شدید ہو جائیں۔ بعض اوقات ایک مصراع کا اس وقت جبکہ

وہ التهاب سے نرم پڑ گیا ہونا گہانی اشتقاق واقع ہو جاتا ہے۔

اورطی ضیق

(aortic stenosis)

امراضیات - کوہنہیم (Cohnheim) کے اُن تجربات میں جو جانوروں پر کئے گئے، اورطی کے گرد ایک بندش لگا کر اُسے بتدریج کس دیا گیا۔ اس ضرر کی تعویض بطین کے عضلی انقباضات کی طاقت بڑھ جانے سے واقع ہوئی، بالفاظ دیگر قلب کی فی منٹ برآمد، اور شریانی اور وریدی دباؤ وہی ہے، لیکن دروں بطینی دباؤ بہت زیادہ بڑھ گیا، شرح قلب سُست ہو گئی، اور قلب کی اُس کوشش میں جو وہ اپنے ماہیا کو اس مصنوعی طور پر بڑھی ہوئی مزاحمت کے مقابلہ میں باہر نکالنے میں صرف کرتا ہے، بطین کے انقباض کی حقیقی مدت زیادہ ہو گئی۔ قلب کا ناگہانی قفل شدہ اُسی وقت واقع ہوا جبکہ ضیق ایک خاص حد تک پہنچ گئی۔

بالکل یہی حالات مرض سے پیدا شدہ اورطی ضیق میں بھی موجود ہوتے ہیں، یہ استثناء اس کے کہ یہاں ضرر بتدریج ہوتا ہے، جس سے قلب کو توافق حاصل کر لینے کا وقت مل جاتا ہے۔ وہ زائد کام جو قلب کے ذمہ عائد ہو جاتا ہے، بائیں بطین کی اتالی ہمیش پرورش پیدا کر دیتا ہے۔ ایک غیر ترقی پذیر ضرر کی حالت میں یہ بیش پرورش خود اتنی کافی ہوتی ہے کہ ہر انکماش کے وقت بطین کو تنگ فتحہ کی راہ سے مکمل طور پر خالی کر دے۔ صرف اسی وقت جبکہ تعویض کا قفل واقع ہونا شروع ہوتا ہے، بطین کا اتساع ہوتا ہے، اور یہ اتساع قلب کے دوسرے کہنوں میں پھیل جاتا ہے۔

علامات - خالص اورطی ضیق میں، جو بیان کردہ وجوہات کی بنا پر ایک استثنائی حالت ہے، 'خیر انکماش' ہوتا ہے، جو دوسری دائیں بین الاضلاع فضا میں عظم القص کے قریب سنائی دیکڑا اور کو دائیں ترقوہ ہڈی کی طرف تعاقبت ہوتا اور باقی شریانوں میں سنائی دیتا ہے، اور اُس کے ساتھ عموماً اُسی مقام پر ایک کرفت انکماش ذبذبہ محسوس ہوتا ہے۔ بنس اکثر ایک میڈ خاصہ کی ہوتی ہے۔

خون کی رگوں میں ایک رکاوٹ حائل ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نظامی شریانیں کے دموی عمود پر بطبعی انقباض کا پورا اثر نہیں پڑ سکتا، اور یہ محسوس کیا جاسکتا ہے کہ نبض کی ناگہانی مفقود ہوگئی ہے اور وہ بالکل آہستہ آہستہ اٹھتی ہے۔ ایسی حالت میں ترسیم نبض شہوقی ہوتی ہے، یعنی قریحی موج اپنے بعد کی جزری موج کی نسبت نیچی ہوتی ہے اور جزو صاعد پر ایک ارتفاع کے طور پر ظاہر ہوتی ہے۔ اس شکل کی انتہائی قسم میں یہ موج گول بجاتی ہے یا بالکل غیر موجود ہوتی ہے، اور اس کی ترسیم اس ترسیم سے مشابہ ہوتی ہے جو صفحہ 308 پر شکل ام الف میں دکھائی گئی ہے۔ جس کرنے پر یہ نبض غیر کثیر الوقوع اور سست رفتار (نبض بطی) = pulsus tardus ہوتی ہے۔ جب اورطی ضیق کامل طور پر تعویض یافتہ ہو تو ممکن ہے کہ مریض میں کوئی علامت نہ ہو۔ دوسری اصابتوں میں سینہ میں درد اور ضیق کا احساس دیکھنے میں آسکتا ہے جب تعویض کا فشل ہونا شروع ہوتا ہے تو سانس کا پھولنا اور ویدی امتلاء کے امارات مشاہدے میں آتے ہیں۔

اورطی بازروی

(aortic regurgitation)

امراضیات - اگر کسی جانور میں ایک اورطی مصراع کو بتربتہ متضرر کیا جائے تو جیسا کہ اورطی ضیق میں ہوا کرتا ہے، تعویض فی الفور واقع ہو جاتی ہے۔ قلب کی بائیں فترتہ رہتی ہے، اور ویدی دباؤ غیر متغیر رہتا ہے۔ تاہم انکماش دباؤ بہت زیادہ اور انقباضی دباؤ بہت کم ہو جاتا ہے، اور ان دونوں دباؤں کے درمیان کا اوسط تقریباً اُتنا ہی رہتا ہے جتنا کہ پہلے تھا۔

269

یہ پایا گیا ہے کہ قلبی انسان فی قلب بحالت آرام شریانی نظام کو فی منٹ خون کے تقریباً ۶ لیٹر (یا تدریجی طور پر فی ضرب ۸۰ سی سی) پہنچاتا رہتا ہے۔ یہ وہ مقدار ہے جو خود قلب، دماغ اور دوسرے اعضاء کے تغذیہ کے لئے ضروری ہے۔ دوران ورزش میں فی منٹ ۱۲ لیٹر قلب کے اندر ہو کر گذرتے ہیں۔ فرض کر لیجئے کہ اورطی مصراع کی عدم کفایت (incompetence) کا نتیجہ یہ ہو کہ باہر بھیجے ہوئے

خون میں سے آدھا خون ہر انبساط کے دوران میں بائیں بطن کے اندر واپس چلا جاتا ہو۔ ایسی صورت میں چونکہ تعویض یافتہ ضرروں میں قلب کی شرح وہی رہتی ہے، لہذا قلب کے ۶ لیٹر فی منٹ خون کی رسد قائم رکھنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ہر ضرب پر اورطی مصراعوں کی راہ سے ۱۶۰ سی۔ سی باہر بھیجے جائیں۔ اس کے یہ معنی ہیں بائیں بطن کو بجائے ۸۰ سی۔ سی کے ۱۶۰ سی سی کی گنجائش مستقلاً رکھنی چاہئے۔ اسی واسطے اورطی بازروی میں بائیں بطن کا اولی اتساع واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن اسی کے ساتھ عضلی دیوار کی ایک ثانوی بیش پرورش بھی واقع ہو جائیگی، کیونکہ بائیں بطن کا کام بڑھ گیا ہے اور اب اُسے

شرائین میں کے دباؤ کے مقابلہ میں اورطی مصراع کی راہ سے بجائے ۸۰ سی۔ سی کے ۱۶۰ سی۔ سی خون باہر بھیجنا پڑتا ہے۔

دوران ورزش میں نہ ضرر

قلب زیادہ سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہے بلکہ خون کا حجم جو ہر ضرب کے ساتھ باہر نکلتا ہے وہ بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ فرض کیجئے کہ ہر ضرب کے ساتھ کی برآمد دوگنی ہو جاتی ہے، تو ایسی صورت میں بازروی کی اصابتوں میں قلب کو ہر ضرب

شکل ۴۰۔ الف۔ اورطی بازروی کی نبض۔
دباؤ ۳ اونس۔ ب۔ اورطی بازروی کی نبض۔
دباؤ ۴ ۱/۲ اونس۔

کے ساتھ بجائے ۱۶۰ سی۔ سی کے جو طبعی حالت میں باہر نکلتے ہیں، اب ۳۲۰ سی۔ سی نکالنے پڑینگے۔ یہ عارضی اتساع امراضیاتی حالتوں میں غالباً اس سے بہت زیادہ ہے جتنا ایک قلب میں اس کی گنجائش ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب خون کی یہ مطلوبہ مقدار بہم پہنچانے کے ناقابل ہو جاتا ہے۔ اس سے ایسے ضرات میں قلب کی محفوظ قوت کے ضیاع کی مثال ملتی ہے جو بحالت سکون کامل طور پر تعویض یافتہ ہوتے ہیں۔

طبیعی امارت - اورطی بازروی کی اصابتوں کی میز خصوصیت وہ خیر ہے جو پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ بعض اوقات یہ خیر صرف ایک جونی سماع الصدر کی وساطت سے یا دیوار سینہ پر کان کو راست لگانے سے سنا جاسکتا ہے۔ کبھی کبھی یہ بالکل سنائی نہیں دیتا۔ ایک اورطی انبساطی خیر کے ساتھ نہایت عام طور پر اورطی رقبہ میں ایک انکماش خیر ہوتا ہے جو اوپر کو گردن میں تعاقب خیر ہوتا اور نام نہاد پیش بسی خیر بناتا ہے۔ اس سے یہ مراد نہیں کہ متلازم ضیق بھی موجود ہے، تاوقتیکہ اُس کے دوسرے امارت نہوں، مثلاً ایک ذنبہ، یا ایک شہوتی یا وضری نبض (bisferiens pulse) کیونکہ کرخت یا ناہموار صراع دوران انکماش میں ایک منجمد صراع (fluid vein) اور گردابی روئیں پیدا کر سکتے ہیں، بلا اس کے کہ کوئی ضیق موجود ہے اورطی بازروی کا مثالی خیر اکثر اوقات ایک انبساطی یا قبل انکماش خیر کے ساتھ بھی متلازم ہوتا ہے، جو اس پر سناتا ہے، حالانکہ مطرائی صراع بالکل تندرست ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس خیر کے ساتھ ایک ذنبہ بھی ہو۔ اس متلازم کو فلینٹ (Flint) نے متلازم میں بیان کیا تھا، چنانچہ یہ خیر اُسی کے نام سے منسوب ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 261)۔ اورطی بازروی میں قلب تقس اویش ہورد ہوتا ہے، اور مندم نیچے کی طرف اور قدرے باہر کو منتقل ہو جاتا ہے۔

270

انکماش دباؤ نبضی فشار پیمیا (sphygmomanometer) سے امتحان کرنے پر اکثر بڑھا ہوا پایا جاتا ہے، اس کے برعکس انبساطی دباؤ نہایت کم ہوتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ اس وقت جبکہ بازو بند میں کوئی دباؤ نہ ہو عضدی شریان پر ایک بلند انکماش خیر کا سنائی دینا بالکل عام ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبساطی دباؤ گر کر صفر آ جاتا ہے۔ جب کبھی کسی مریض کے امتحان میں انبساطی دباؤ ۵۰ ملی میٹر سے نیچے پایا جائے تو یہ واقعہ اورطی بازروی کے امکان کی بڑی دلالت ہے اورطی بازروی میں یہ بھی پایا جاتا ہے کہ انکماش دباؤ عضدی شریان کے نسبت فحذی شریان میں زیادہ بلند درجہ کا ہوتا ہے۔ موج نبض کے یکایک صعود کرنے اور مساویا یکایک نزول کرنے سے اُٹلی کو ایک عجیب جس حاصل ہوتی ہے، جو مختلف ناموں سے ظاہر کی جاتی ہے جو اس قسم کی نبض کو دیے گئے ہیں، مثلاً فحسی (kicking)

رتھی (splashing)، 'مطر قتی (water-hammer) اور طلقی (shotty)۔ اسے نبض سریع (pulsus celer) بھی کہتے ہیں۔ شریانوں میں انبساط اور انقباض کے ناگہانی اور وسیع حرکات سارے جسم پر نمایاں اثرات پیدا کر دیتے ہیں۔ گردن کی رگیں پھڑکتی ہوئی دکھلائی دیتی ہیں اور اکثر درد کے ساتھ پھڑکتی ہیں، 'اصبعی شریانیں (digital arteries) غیر معمولی طور پر صاف محسوس کی جاسکتی ہیں، 'اور چشم بین کے ذریعہ سے شبکیستی شریانیں کا نبضان بہ آسانی نظر آسکتا ہے۔ اس کی توجیہ حسب ذیل ہے:۔ شریانی انبساطی دباؤ ادنیٰ درجہ کا ہوتا ہے، 'اور اس دباؤ کے خلاف پیش پرورد قلب خون کے ایک غیر معمولی طور پر بڑے حجم کو تیز شرح سے باہر بھیجتا ہے، جس سے ایک غیر معمولی طور پر بلند درجہ کا انکماش دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ دباؤ سرعت کے ساتھ گر کر کم ہو جاتا ہے، کیونکہ قلب جس سرعت کے ساتھ اپنے مافیہ کے آخری حصے کو اور طی کے اندر غالی کرتا ہے خون اس کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ محیط کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ ناگہانی اور سریع سقوط ایک ٹپکنے والے مصراع کی راہ سے قلب کے اندر خون واپس چلے جانے کی وجہ سے نہیں ہوتا (گو ادنیٰ انبساطی دباؤ اسی وجہ سے ہوتا ہے) کیونکہ یہ سقوط دوضرب کٹاؤ سے پہلے واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل م. الف)۔ ایسا ہی ایک منظر سر کے لئے دار جھشکوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو نبض کے ساتھ ہمزمان ہوتے ہیں (امارت مسیٹ: signe de Musset)۔ یہ اور طی باز روی کے ساتھ مخصوص نہیں بلکہ اور طی انور سہا میں اور بڑے پلورائی انصبابات میں بھی واقع ہوتا ہے۔

اور طی عدم کفایت (aortic incompetence) شعری نبضان بھی پیدا کر سکتی ہے۔ یہ ناخنوں کے نیچے، مکالوں میں، یا قفس عروق شعریہ کے اس رقبہ میں دیکھا جاسکتا ہے جو سطح پیشانی پر ایک تیز نوک کھینچنے سے پیدا ہو جاتا ہے، یا اٹائے ہوئے نیچے کے لب کی غٹائے مخاطی پر ایک خود بینی شیشہ کا شریحہ دبانے سے۔ دونوں حالتوں میں زیر مشاہدہ عوقی رقبہ ہر ضرب قلب کے ساتھ متبادل زیادہ سیاہ اور زیادہ شامب ہو جاتا ہے۔

علامات۔ اور طی باز روی کے علامات مطرانی مرض کے علامات سے نمایاں طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ قلب سے حاصل

ہونے والی شریانی رسد اسوقت کم ہو جاتی ہے جبکہ ابھی پھیپھڑوں میں کوئی امتلاء واقع نہیں ہوتا۔ اول الذکر ایسے علامات پیدا کر دیتی ہے جو دماغی عدم دمویت کی طرف منسوب ہو سکتے ہیں، اور اس سے دوران سر اور غشی کے ناگہانی حملے ہوتے ہیں۔ بیخوابی اور اور ناک سے خون بہنا دوسرے عام علامات ہیں۔ مریض اکثر علیہم السلام ہوتے ہیں، اُن کا چہرہ اور لب اور مخاطی اغشیہ مشابہ ہوتے ہیں۔ سانس کا پھولنا اکثر نہیں ہوتا۔ اکثر اوقات یہ پہلے پہل رات کے وقت دوری حلوں یا چین اسٹوکس تنفس کی صورت میں نمودار ہوتا ہے، جو کہ چپ جانبی فشل اور نتیجہ ریوی احتقان کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ بعد میں اگر سارا قلب فشل پذیر ہونا شروع ہو تو وریدی امتلاء کے تمام علامات و امارات ظاہر ہو جاتے ہیں۔ تحت القصہ اور طی باز روی میں عام ہے، اور ذبوحہ صدریہ کے مثالی حملے واقع ہو سکتے ہیں۔ مریض کبھی کبھی غشیان کے ناگہانی حلوں سے مر جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ قلب کے ناہنجی امتناع کے باعث ہوتے ہیں۔

مطرائی مرض

(mitral disease)

مرضی تشریح۔ مطرائی مرض کا معمولی سبب مادر و ماترم یا دوسری نئی سببی سرایت ہے، نہ کہ آتشک۔

التهابی تغیر اصل ان تغیرات مثال میں جو مادر و ماترم کی وجہ سے اور طی مرض میں پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن نتائج مصراع کی ساخت کی وجہ سے بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ مطرائی مصراع کے دو پٹوں کا ذکر کرنا فی الحقیقت ایک غلط طرز بیان ہے۔ مطرائی مصراع دراصل ایک جھال یا پردہ ہے جو دہنہ کو گھیرے ہوئے ہے، اور یہ ایک جانب پر زیادہ نمایاں ہو کر مطرائی مصراع کا اور طی پٹ بنا دیتا ہے لیکن نام نہاد ماشئی پٹ ایک جدا گانہ ساخت کے طور پر کبھی موجود نہیں ہوتا۔ التهاب اس مصراع کی دہانہ اور اس کا اوپر سے نیچے کو قصر پیدا کر دیتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کے بند ہونے پر پورا توافقی نہیں ہوتا اور باز روی پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن معمولی طور پر بھی

مصراع کا قصرواقع ہو جاتا ہے، جس سے ضیق پیدا ہو جاتی ہے، اور التهاب جس قدر زیادہ عرصہ تک جاری رہتا ہے ضیق اُس قدر زیادہ ہوتی ہے۔ قصر کی یہ دونوں قسمیں اکثر ساتھ ساتھ موجود ہو کر ایک دوسرا ضرر پیدا کر دیتی ہیں۔ خفیف التهاب آتنا کافی محیطی قصر نہیں پیدا کر سکتا کہ جس سے سریر یا قی ضیق پیدا ہو جائے، گو اُس سے بازروی پیدا ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ شدید التهاب تنہا بازروی، یا تنہا ضیق پیدا کر دے، یا زیادہ عام طور پر دونوں کو بیک وقت پیدا کر دے۔ ضیق کی موجودگی ہمیشہ مصراع کی شدید سرایت ظاہر کرتی ہے۔ بعد الممات امتحان بھی ظاہر کرتا ہے کہ مطرانی مرض میں احوال و تری موٹے اور چھوٹے ہو گئے ہیں، حقیقتہً اتنے چھوٹے کہ مصراع پر درہ عضلات خلیمہ کے ساتھ سلسل ہوتا ہے، اور وہ خود بھی لیفی تغیر سے ماؤف ہوتے ہیں۔ ضیق کی بعض اصابتوں میں محیطی قصرواقع ہوتا ہے بغیر اس کے کہ اوپر سے نیچے کی طرف زیادہ قصرواقع ہو۔ دوسری اصابتوں میں دونوں قسموں کا قصر موجود ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی کشیف سطح میں اُذینی جانب پر صرف ایک تنگ جھری نظر آتی ہے۔ اس طرح قیف نما اور کاج نما دھنوں کی تفریق کی جاتی ہے، اور اول الذکر بچوں میں نسبتً بہت زیادہ اکثر الوقوع معلوم ہوتا ہے [ہ اور اکی نسبت میں البٹ (Allbutt)] اور آخر الذکر بالغوں میں (۲۵) اور اکی نسبت سے)۔

مطرانی ضیق کو مزمن سرایت یا مصراع پر مادہ سرایت کے مکرر حملوں کا نتیجہ سمجھنا چاہئے، جو پٹوں کا انضمام، تقبض اور دبازت پیدا کر دیتے ہیں۔ اُس کی نمویابی کے لئے چند سال کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس سے اس واقعہ کی توضیح ہوتی ہے کہ وہ بچوں میں اکثر نہیں پائی جاتی، اگرچہ وہ بلوغ کے بعد سے پائی جاتی ہے۔ اس کے برعکس مطرانی بازروی مصراع میں التهاب کی کم شدید شکل بخیر کہ مادہ روماتزم کی ہی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ بعض عام علامات اور امارات ایسے ہوتے ہیں جو بڑی مذکب وریدی امثال کا نتیجہ ہوتے ہیں، اور مطرانی بازروی اور ضیق دونوں میں مشترک ہوتے ہیں، اور یہاں انھیں پر غور کیا جائے گا۔ ابتدائی علامات

بالخصوص ورزش کے بعد دیکھے جاتے ہیں۔ وہ سانس کا پھولنا اور خستگی کا احساس ہے۔ ان پر قلب کے مقام پر درد، اختلاج، اور پاؤں کے ورم کا اضافہ کیا جاسکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ ابتدائی درجہ کئی سال تک جاری رہے۔ مابعد درجہ سے پہلے ایک برزخی درجہ کا وقوع اکثر فعل قلب کی بیقاعدگی کی بیان کردہ شکلوں میں کسی ایک شکل (مثلاً قبل از وقت ضربات، اور بالخصوص آفرینی ریشکی انقباض) کے ساتھ ہر زمانہ طور پر واقع ہوتا ہے، اور اب نبض، جو پہلے منتظم اور کثیف قدر کثیر الوقوع تھی، توازن اور قوت دونوں میں بہت غیر منتظم ہو جاتی ہے۔ جب مابعد درجہ آپہنچتا ہے تو علامات بڑی حد تک دوران خون کے اختلال کا اور سیلان خون کے ابطاء کا نتیجہ ہوتے ہیں، جس کے اثرات جسمانی اعضاء پر بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ اس طرح پھیپھڑوں کے جمیل امتلاء کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مریض کماسی، مخاطی نفث، اور گاہ بگاہی نفث الدم میں [جو متذکرہ بالا ریوی انفامات (pulmonary infarcts) سے پیدا ہو سکتا ہے]، شبانہ یا مسلسل انتصابی تنفس میں، اور خفیف ترین زور لگانے پر بھر میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ امتحان کرنے پر دایاں اذین تسع پایا جائیگا، اور ساتھ ہی اسکی آواز میں کمی اور عظم القص سے ایک انچہ یا زائد دابھنے طرف کو نبضان ہوگا۔ ریوی رقبہ میں دوسری آواز میں تغیم ہو جائیگی اور شراکینی نبضان سے دائیں بطن کی بیش پرورش ظاہر ہوگی۔ پھیپھڑوں کے قاعدوں پر تکتکت سنائی دینگے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں امتنیت پائی جائے گی اور ساتھ ہی جو فیزیوخریر میں کمی اور کسی ارتعاش میں کمی لگی گی، لبوں، گالوں، کانوں اور اطراف کے گہرے سرخ رنگ یا حقیقی زراق سے، گردن کی بڑی وریدوں کی پُری اور نبضان سے، اور استسقاء لحمی کے وقوع سے عام وریدی رکود ظاہر ہوتا ہے۔ متلی جگر بڑا اور چکنا ہوتا ہے اور شاید ناف کے لیول تک پہنچتا ہے، اور اگر اسکا استلاء و عا د طور پر ہوا ہے تو ممکن ہے کہ یہ دردناک ہو، اور اس میں نبضان ہوتا ہے۔ جلد کسیتقدر یرقانی ہوتی ہے، پیشانی کی زرد جھلک لبوں اور گالوں کی گہری سرخی کے ساتھ ملکر مریض کی شکل و صورت کو نہایت تمیزنا دیتی ہے۔ سودہضم کے علامات بھی ہونگے۔ گردوں کا افراز بھی متاثر ہو جاتا ہے اور بول قلیل المقدار، شاید گھٹ کر روزانہ ۱۰ یا ۱۵ اونس ہو جاتا ہے، اُس کا رنگ گہرا ہوتا

ہے، وہ یوریش کی بڑی مقداروں کو مطروح کرتا ہے اور اُس میں البیومن اور فائبرینی سائیک موجود ہوتے ہیں۔ البیومن کی مقدار عموماً تھوڑی ہوتی ہے اور قلب کی کارکردگی کے ساتھ معکوس تناسب میں متغیر ہوتی ہے۔ غنودگی یا بے مپینی سے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں کبھی کبھی ہڈیاں ہونے سے، دماغ کے دوران خون کا متاثر ہونا ظاہر ہوتا ہے۔ بالآخر فٹل قلب سے، اذیمیائی شش اور سٹگی سے، یا خبیث الہیاب وقلیہ یا دوسری پیچیدگی سے موت واقع ہو جاتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 275)۔

مطرائی بازروی

(mitral regurgitation)

امراضیات۔ چونکہ ہر انکماش کے ساتھ خون بائیں اُذین کے اندر واپس جاتا ہے، لہذا اس ضرر کی تعویض بائیں بطن اور بائیں اُذین کے اتساع سے ہوتی ہے، جس کی وجہ درج ذیل ہے۔ دوران انکماش میں اُذین کے اندر وہ خون داخل ہوتا ہے جو مطرائی مصراع کی راہ سے پھر واپس ٹپک آتا ہے، لیکن ساتھ ہی اُذین میں خون کا وہ مقررہ طبعی حصہ بھی پہنچ جاتا ہے جو اُسے پھیپھڑوں سے ملتا ہے۔ لہذا اس کا تسع ہو جانا ایک ضروری امر ہے۔ یہ تمام خون بطن کے اندر چلا جاتا ہے اور اسے قبول کرنے کے لئے بطن کا تسع ہونا بھی ایک لازمی امر ہے۔ اُذین اور بطن کو پُر کرنے میں جو زائد از معمول کام پیش آتا ہے وہ بڑی حد تک دائیں بطن کو انجام دینا پڑتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دایاں بطن ثانوی بیش پرورش حاصل کر لیتا ہے، جس سے اُس کے اندر زیادہ خون سما سکتا ہے اور ہر ضرب کے ساتھ اور طی میں اُس کا پورا حصہ پہنچ سکتا ہے۔ بائیں بطن کی بیش پرورش اتنی تین ہوگی جتنی کہ اُورطی بازروی میں ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اُس خون کے متعلق جو بذریعہ بازروی اُذین کے اندر واپس چلا جاتا ہے کوئی کام انجام نہیں دیا جائیگا، کیونکہ اُذین میں دباؤ کم ہوتا ہے۔

طبعی امارات یہ ہوتے ہیں۔ مدم القلب کا باہر کی طرف ہٹ جانا، پھونکدار انکماش خیر جو اس پر بلند ترین سنا جاتا ہے، اور پہلے بیان ہو چکا ہے۔

مطرائی ضیق

(mitral stenosis)

امراضیات - خاص مطرائی مصرعی ضیق میں قلب پر اتلی اثر بائیں اُذین کی بیش پرورش ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد یہ اتساع بھی پیدا کر دیتی ہے، بالخصوص جبکہ ابتدائی فشل قلب بھی موجود ہو دایاں بطن میں بیش پروردہ ہو جاتا ہے، جس سے ریوی نظام میں فشار خون کا ارتفاع پیدا ہو جاتا ہے۔ جو تنگ شدہ مصرع کی مزاحمت کا مقابلہ کرتا ہے۔ جب تعویض کا فشل شروع ہوتا ہے تو نہ صرف پھیپھڑوں میں املاء واقع ہو جاتا ہے، بلکہ بائیں بطن کو بھی خون اُس کی طبعی مقدار سے کمتر پہنچتا ہے۔ یہ کہف نسبت چھوٹا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ بطنی دیوار کسی حد تک حقیقتہ مذبول ہو جائے، اور طویل المدت اصابتوں میں اور طی معمول کی نسبت چھوٹا ہو جاتا ہے۔ مطرائی ضیق کی بیشتر اصابتوں کے ساتھ کیتقد ر مطرائی بازروی بھی موجود ہوتی ہے۔

طبعی امارات - مطرائی ضیق کے خریات اور اُن کا طریق پیدائش بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ وہ اکثر اس کے مقام پر محدود ہوتے ہیں اور عموماً اُن کے ساتھ ایک ذذبہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 217)۔ خریات کا تغیر بالاختصار درج ذیل ہے:- جب قلب سست رفتاری سے ضرب لگاتا ہو اور ضیق خفیف ہو تو بیش پروردہ اُذین کے سبب سے ایک اذینی انکماش خریات سنائی دیتا ہے۔ جب ریشکی انقباض طاری ہو جاتا ہے تو یہ خریات بکلہ غائب ہو جاتا ہے۔ اگر قلب کا فعل سست، لیکن ضیق نسبت زیادہ ہو تو سارے انبساط کے دوران میں خریات سنائی دیتے ہیں، جو وسط انبساطی اور اذینی انکماش خریات ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ وسط انبساطی اور اذینی انکماش خریات ایک ہی مریض میں اکثر مرتبہ تبادل کرتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک کی بجائے ایک بظاہر متضاد دوسری آواز پیدا ہو سکتی ہے جو اس پر سنائی دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔ اذینی ریشکی انقباض کی حالت میں، جب ضربات کے درمیان کا وقفہ طویل ہوتا ہے تو خریات انبساط کے اتلی حصوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب وقفہ مختصر ہوتا ہے تو خریات پورے انبساطی فاصلہ میں موجود

رہتے ہیں۔ طبعی لے اور اُذینی ریشکی انقباض ہر صورت میں جب فعل قلب تیز ہو تو خیرات پورے انبساطی فاصلہ میں واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، لیکن اکثر اُن کا سننا ہی نہایت مشکل ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ محض پہلی آواز شدت کے ساتھ منغم ہو، اور دوسری آواز اس پر سنی ہی نہ جاسکے۔

ابتدائی درجوں میں قلب کی کلانی موجود نہیں ہوتی، لیکن آخری درجوں میں جبکہ یا تو مثلثی (tricuspid) یا مطرانی بازروی طاری ہو جاتی ہے، عمومی کلانی قلب واقع ہو جاتی ہے۔

علامات - مطرانی ضیق اکثر بالکل ابتدائی میں، پمپیٹروں کی امتلاء کی وجہ نفث الدم پیدا کر دیتی ہے، اور دماغی عدم دمویت کے باعث دوران سر اور غشی کے حملے بھی، اور مطرانی بازروی کی نسبت زیادہ اکثر فالج نصفی (hemiplegia) کا سبب ہوا کرتی ہے، اور یہ فالج دماغی شرائین کی سدادیت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ سذات دائیں اُذین میں علقات ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو مرض کے آخری درجوں میں خون کے رکود کے سبب سے بن جاتے ہیں۔ دوسرے عام علامات بیان کئے جا چکے ہیں۔

بیمینی مصراعی مرض

مثلثی بازروی (tricuspid regurgitation) - اگرچہ مثلثی عدم کفایت ایک نہایت عام حالت ہے، وہ عموماً دائیں بطن کے اتساع کی وجہ سے ہوا کرتی ہے، جو مطرانی مرض، ریوی ضیق (pulmonary stenosis) عضلہ قلب کے مرض، اور پمپیٹروں میں تسد پیدا کر دینے والی دوسری حالتوں (نفاخ، التهابیہ، ذمہ، یعنی سبب ریوی) کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ اس سے بھی زیادہ شاذ طور پر وہ ویسے ہی عضوی مرض کے باعث ہوا کرتی ہے جیسا کہ مطرانی مصراع پر حملہ آور ہوتا ہے۔ اُس کے ساتھ عموماً دائیں اُذین کے اتساع کے ظواہر، اور مختلف درجہ کا اُذیا، استسقاء کُلّی اور وریدی امتلاء موجود ہوتے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ دائیں قلب اور پمپیٹروں میں خون کی واپسی میں دقت موجود ہے۔ ان کا بیان

پہلے ہی مطرانی مرض کے اور آخری علامات کے تحت درج ہو چکا ہے۔ مثلثی بازروی کا تحریر پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 222)۔ بعض اوقات اس کے ساتھ عظم القص کے زیرین برے پر ایک انکماش ذبذبہ موجود ملتا ہے۔ اندرونی و داجی ورید کا وہ نبضان، جو ان حالات میں ہوا کرتا ہے، ممکن ہے کہ نہایت نمایاں ہو، اور گردن کی جانب پر سباتی شریان کے سرے پیچھے کو، کان اور ترقوی ہڈی کے درمیان، ارتفاع و انخفاض کی ایک توجہ حرکت پیدا کر دے۔ ممکن ہے کہ بیرونی و داجی ورید بھی ساتھ ساتھ نبضان ظاہر کرے۔ دائیں بطن کے انقباض کا زور کبدی وریدوں میں بھی منتقل ہو کر کبدی و سریدی نبض (hepatic venous pulse) یا کبد نابض (pulsating liver) پیدا کر سکتا ہے۔ یہ عضو عموماً بہت بڑا ہو جاتا ہے اور اپنی ساری سطح پر پھیرکتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور یہ نبضان بعض اوقات پیچھے کودائیں کو کہہ میں آخری پسلی کے نیچے بھی منتقل ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سامنے اور پیچھے رکھے ہوئے ہاتھوں کے درمیان جگر پھیلتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ مثلثی ضيق (tricuspid stenosis) نسبت کم عام ہے، اور عموماً دوسرے کسی مصراع کے مرض، بالخصوص مطرانی ضيق، کے ساتھ مشاہدہ میں آتا ہے۔ مثلثی بازروی میں جو علامتیں دیکھی جاتی ہیں ان کے علاوہ علامات کا اور کوئی خاص گروہ اس کے سبب سے نہیں پیدا ہوتا۔

سرا لوی مصراعات کا مرض اگر زیادہ مدت کا ہو تو بیشتر پیدائشی ہوتا ہے، اور اگر ماد ہو تو نصیث الہتائیں قلب (malignant endocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اول الذکر صورت میں ریلوی ضيق (pulmonary stenosis) جو دروں بطنی فاصل کے انقباض کے ساتھ متلازم ہو، ایک عام حالت ہوا کرتی ہے اور بعد میں بیان کی جائے گی (ملاحظہ ہوں پیدائشی تشوہات)۔

سرا لوی بازروی (pulmonary regurgitation) بعض اوقات مطرانی مرض کے نتیجہ کے طور پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ مصراعات شریان ریلوی میں کے بڑے دباؤ کے متحمل نہیں ہو سکتے۔ عظم القص کی بائیں جانب کے برابر ایک انسانی خورسنانی دیتا ہے۔

خبیث التهاب دروں قلبہ، ریوی دہنہ پر بھی اور طبی مرض کے خیر جیسا ایک دہرا خیر (انکماش اور انساطی) پیدا کر سکتا ہے، اور یہ علی الترتیب خیرات پہلے بیان کیا ہوا محل وقوع رکھتے ہیں۔ ایسی اصابتوں میں جو علامات ظاہر ہوتے ہیں ان کی تفصیل پہلے درج ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو خبیث التهاب دروں قلبہ)۔

مزمن مصراعی مرض کی تشخیص، انداز اور تحریر

تشخیص۔ مصراعی مرض قلب کی تشخیص میں بہت سے سوالوں پر غور کرنا پڑتا ہے۔ اس امر کی تیسین کرنی پڑتی ہے کہ:- (۱) آیا خیر ایک مصراعی ضرر کے باعث ہے یا اور کسی دروں قلبی یا ہروں قلبی سبب کی وجہ سے۔ اول الذکر میں عضلی دیواروں کا تغیر بھی شامل ہے۔ (۲) خیر کس دہنہ پر پیدا ہوتا ہے، اور اگر دو خیر ہیں تو آیا ان میں سے ایک خیر کا انحصار دوسرے پر ہے۔ اور (۳) یہ کہ قلب کی فعلی قابلیت یعنی ورزش کرنے پر قلب کی مجبیت کیسی ہے اور اس کے متعدد کہفوں کی حالت کیا ہے۔ قلب کے محل وقوع، فعل، اور مصراعی کارکردگی کے متعلق نہایت اہم معلومات آنکھ اور ہاتھ کے ذریعہ حاصل کئے جاسکتے ہیں، اور انھیں سماع الصد کے ساتھ ہمیشہ استعمال کرنا چاہئے۔ رانجی شعا میں بھی قلب کے کہفوں کی جماعت اور شکل کے تغیرات کی تخمین میں مدد ہونگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۲ صفحہ ۲۲۵)۔

۱۔ مصراعی مرض کے خیرات دوسری حالتوں سے پیدا ہو جانے والے

خیرات کے ساتھ خلط ملط ہو جانے کا احتمال رکھتے ہیں۔ عدم دموییت ریوی رقبہ پر ایک کرخت انکماش خیر پیدا کر دیتی ہے۔ عضوی ریوی مرض (organic pulmonary disease) کے شاذ ہونے کو ملحوظ رکھتے ہوئے یہ خیر بیشتر کافی متمیز ہوتا ہے، لیکن نہایت زیادہ عدم دموییت کے ساتھ خیرات سارے پیش قلبی رقبہ پر پھیل جاتے ہیں، اور بلاشبہ ریوی دہنہ کے علاوہ دوسرے دہنوں میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ ایسی اصابتوں میں مریضوں کی سانس پھولی ہوئی ہوتی ہے اور ساتھ ہی ان میں اختلاج اور ورم پا کا رجحان موجود ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ تشخیص وقت طلب ہو۔ عیدم الدم مریضوں کے نمایاں شحوب، روماتزم یا

مرض قلب کے کسی دوسرے پیش رومرض کی روئداد کی عدم موجودگی، اور فولادی مقویات کے استعمال سے خیر میں تخفیف، ایسے امور ہیں جن سے تشخیص میں مدد حاصل ہوگی۔ بلاشبہ عدم دمویت بذات خود بھی مطرائی بازروی کا ایک سبب ہو سکتی ہے۔ خون کی ناقص نوعیت دیوار بطنین کا نقص تغذیہ پیدا کر دیتی ہے۔ یہ تسع ہو جاتا ہے، مطرائی دہنہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے اور اس کا نتیجہ بازروی ہوتی ہے۔ یہ فی الواقع ایک حقیقی ضرر ہے اور خیر کا فوری سبب اگر خود مصراع کے نہیں تو دہنہ کی ساخت کے تغیرات ہوتے ہیں۔ لیکن چونکہ دراصل وہ خون کی ایک ایسی حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو معہ اپنے نتائج کے شفا پذیر ہوتی ہے، لہذا اس خیر کو اکثر فعلی یاد موی کہتے ہیں۔ بہر حال اس کے اور مزمن مصراعی مرض کے درمیان تشخیص ضروری ہے، اور وہ عموماً ماسبق اور متلازم حالات، یعنی روماتزم کی غیر موجودگی اور حقیقی عدم دمویت، پر غور کرنے سے کی جاسکتی ہے۔

اورطی کا انورسما اکثر اوقات قاعدہ قلب پر ایک خیر پیدا کر دیتا ہے جو غلطی سے اورطی تسد کا خیر خیال کیا جاسکتا ہے۔ فی الحقیقت اورطی رقبہ کا ایک سادہ انکماش خیر، جس کے ساتھ بازروی کے خیرات نہوں، مصراعی ضیق کی نسبت زیادہ اکثر انورسما کے سبب ہی سے ہوا کرتا ہے۔ مزید ثبوت کے لئے قفس سے دائیں طرف کو غیر طبعی نبضان کی اور اصمیت کے بڑھے ہوئے رقبہ کی جستجو کرنی چاہئے۔ اگر خیر ایسے مقام تک محدود ہو جو مصراعی مرض کے معمولی رقبوں کے ساتھ سختی سے متناظر نہ ہو تو انورسما کا اور بھی زیادہ احتمال ہے۔

التهاب تاء حود (pericarditis) اکثر ایک پیش سپی آواز پیدا کر دیتا ہے، جو دوسرے اورطی مرض سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ لیکن وہ عموماً زیادہ نشن ہوتی ہے، ایک بڑے رقبہ پر اپنی بلندی میں کم یکساں ہوتی ہے، اورطی مرض کے معمولی رقبہ میں سختی کے ساتھ محدود نہیں ہوتی، اور شاید باجاً ضرب قلب کے دوروں کے ساتھ سختی کے ساتھ ہمزمان نہیں ہوتی۔ حاد مرض کی قلیل المدت روئداد، غیر معمولی درد، قلب کے مقام پر تکلیف، اوپر کے رُخ میں پیش قلبی اصمیت کا بڑھنا، اور دہاتی نبض، کی عدم موجودگی، یہ سب التهاب تاء حود پر دلالت کرتے ہیں۔

ایک دوسری وقت خارج القلب خیریات کی وجہ سے پیش آتی ہے، جو ایسی آوازیں ہیں جو فعل قلب کے ساتھ ہمزمان تو ہوتی ہیں لیکن قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن یہ پہچان لینے کے ساتھ کہ خیر دروں قلبی ہے اور کسی مصراعی دہن پر پیدا ہوا ہے تشخیص نہیں ہوتا کہ مرض مصراع کا ہے۔ بطینی اتساع، جو نہ صرف عدم دمویت سے، بلکہ کسی بھی سبب سے ہو گیا ہو، ایک راسی انکماش خیر پیدا کر سکتا ہے۔ اور ایسا واقعہ مرض برائٹ، الکعلیت، اور شریانی صلابت (arteriosclerosis) میں، اور حاد طور پر امراض ساریہ کے عوارض عضلہ قلب میں نہایت عام ہوتا ہے۔

مزمن کلوی مرض (chronic renal disease) قلب کی بیش پرور بلکہ اتساع اور خرتیک پیدا کر سکتا ہے۔ اور ایسی صورت میں یہ حالت مطرانی مرض سے قریبی طور پر مشابہ ہوگی جس کے ساتھ ثانوی البیومن بولیت بھی ہوتی ہے۔ اس واقعہ سے دقت اور بڑھ جاتی ہے کہ بعض اوقات وہ گردے جو مرض قلب کی وجہ سے ایک مزمن املا کی حالت میں ہوں، ذراتی (granular) بن جاتے ہیں۔ اور اس سے بھی کہ مرض گردہ میں انتہائی شریانی تناؤ کی وجہ سے قلع شدہ قلب، نظام وریدی میں ایک ثانوی رکود پیدا کر دیکھا، اسی طرح جس طرح کہ اولی مطرانی مرض سے ماؤف شدہ قلب پیدا کر دیتا ہے۔ قلب کے اولی مرض میں ہمیں روماتزم کی روئدایا التهاب دروں قلبہ کے کسی دوسرے سبب کی جستجو کرنی چاہئے۔ قارورہ میں وہ خصائص موجود ہوتے ہیں جو بیان ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 271) اور نبض صغیر اور کم تناؤ والی ہوتی ہے۔ لیکن گردے کے مرض میں اس کا زیادہ امکان ہے کہ قارورہ رنگ میں پھیکا، اور مقدار میں قلیل ہو، اور اس میں البیومن کی مقدار زیادہ یکساں ہو۔ اور نبض بلند تناؤ والی ہوتی ہے۔ صلابت شریانی اور انکھل (جو اکثر ایک ساتھ پائی جاتی ہیں) کے باعث پیدا شدہ کلائیوں میں شریانی تناؤ تغیر پذیر ہوتا ہے، اور البیومن اکثر غائب ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار روئدایا مرض یا متلازم حالتوں پر رکھنا پڑے۔

اس کے برعکس بعض اوقات جبکہ کوئی خیر نہیں سنا جاسکتا ایک مصرعی ضرر موجود ہوتا ہے۔ یہ حالت بیشتر اوقات مطرانی مسیق کے آخری درجوں میں ہوتی

ہے، جبکہ اذین کی قوت فتل پذیر ہوتی ہے۔

۲۔ مصراعی مرض کی مختلف شکلوں کی ایک دوسری سے تشخیص کا انحصار بڑی حد تک خیریات کی نوعیت، اور اُس وسعت پر ہوتا ہے جس میں وہ پیش قلبی رقبہ پر سنائی دیکھتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک خریہ ایک مصراع کے رقبہ سے باہر تک دوسرے مصراع کے رقبہ کے اندر تک منتقل ہوتا ہو۔ ایسی صورت میں مختلف نقطوں پر کی آواز کی شدت کا احتیاط کے ساتھ مقابلہ کرنا ضروری ہوگا۔ اور طبی بازروی اور مطرائی بازروی تقریباً ہمیشہ اپنے مخصوص نوعیت والے خیریات سے پہچان لئے جاتے ہیں۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، مطرائی تسدو بارہا بلا اپنے مخصوص نوعیت کے خیریات کے موجود ہوتا ہے۔ قبل انکماش خیریات اور انبساطی خیریات جب یہ ٹھیک مقام صدم پر سکے جائیں (اور قاعدہ پر نہ سنائی دیں) تو مطرائی تسدو کا نہایت قوی ثبوت ہیں۔ لیکن بعض اوقات راس قلب پر ان سے مماثل خیریات اور طبی بازروی کے ساتھ (خریرات فلنٹ: Flint's murmurs) (ملاحظہ ہو صفحہ 269) ملصق تادمور (adherent pericardium) کے ساتھ، اور دوسری حالتوں کی وجہ سے تنوع بطین کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ ان خلاف قاعدہ گوں کے توجیہات مختلف ہیں:۔ اگلے مطرائی پٹ کے ارتعاشات اُس پر اور طبی بازروی کی زو کا تضادم ہونے سے، یا اُس کے اذینی بطینی زو پر دھکیلے جانے سے۔ مندرجہ بالا دور زوؤں کا باہم دگر بجا نا۔ ایک منجمد صا کی پیدائش، جو بائیں بطین کے اتساع کی وجہ سے ہو، جبکہ مطرائی دہنہ طبعی جسامت کا ہو۔ یہ حالت بعض اوقات انسانی ضیق (relative stenosis) کہلاتی ہے۔ آخری توضیح زیادہ قرین قیاس معلوم ہوتی ہے۔

۳۔ غالباً تشخیص میں سب سے زیادہ اہم امر مجیبیت قلب کی تخمین ہے۔ ورزش یا محنت کے بعد دم پھولنے یا مستکی کی مقدار کا مشاہدہ کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 223)۔ قلب کی جسامت سے مصراع نقص کی وسعت کے متعلق مفید رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ یہ جس اور قرع سے معلوم کی جاسکتی ہے۔ لاشعاع میں استعمال کی جاسکتی ہیں، اور بیینی اور یساری بیش پر ورزش کا تناسب

نظاہر کرنے کے لئے برقی قلب نگار بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 249)۔

قلب اور پھیپھڑوں کے امتحان کے بغیر کوئی تشخیص قائم نہیں کی جاسکتی۔ لیکن یہ نوٹ کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ بچوں اور نوعمر اشخاص میں مطرائی مرض اور سیل ریوی (phthisis) کے درمیان اکثر ایک سطحی مشابہت ہوتی ہے کیونکہ اول الذکر نمایاں شجوبہ لاغری اور نفث الدم پیدا کر سکتا ہے۔

آئندہ۔ اسی ایک ہزار اصابتوں کا مطالعہ کیا گیا کہ جن میں فارغ الحدت آدمیوں کو مرض قلب تھا اور ان کا ۱۰ سال بعد دوبارہ معائنہ کیا گیا (20) ثابت ہوا کہ ایک خراب انداز کے لئے اہم ترین عناصر قلیل تحمل ورزش اور بڑا قلب ہیں۔ چنانچہ معتدل کلانی اور قلیل تحمل کی صورت میں تقریباً نصف مریض ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں گوکہ چند بلا نتیجہ زندہ رہتے ہیں۔ انتہائی کلانی کی صورت میں ۶ فیصدی اور امتلائی فشل کی صورت میں ۹ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں، اور اگر ان دونوں گروہوں کو لکھا گیا جائے تو زندہ رہنے کی شرح ۸۰ فیصدی ہوتی ہے۔

اس پورے سلسلہ میں ۲۲ فیصدی مریضیں بلا تکلیف اور بلا تضرہ سال زندہ رہے، اور یہ عدد غالباً اصل سے کمتر ہے۔ نصف مریضیں زیادہ تر امتلائی فشل کی وجہ سے مر گئے، اور ۲۶ فیصدی فشلی اصابتوں میں اس فشل کے ہمراہ ساری التهاب دروں قلبہ اور (۳۰ فیصدی میں) اذینی ریشکی انقباض تھا اور دوسری اصابتوں میں التهاب شعبی اور دیگر سرایتیں دیکھی گئیں۔ ناگہانی موت، کل اموات میں سے ۱۱ فیصدی میں دیکھی گئی۔

جب مریضوں کو استماعی علامات کے لحاظ سے گروہ بند کیا گیا تو وہ مریض جن کو بڑی مصرعی مرض نہیں تھا ان میں سے ۳۵ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر گئے۔ اور طبعی ضیق اور آتشکی اور طبعی بازروی کی شرح اموات ۶۰ فیصدی ہے (یا انہیں سم کو مستثنیٰ کرنے کے بعد ۸۵ فیصدی)۔ غیر پیچیدہ غیر آتشکی اور طبعی بازروی کی شرح اموات ۳۳ فیصدی، مزوج بازروی اور مطرائی ضیق کی ۳۰ فیصدی، اور مطرائی ضیق کی ۳۴ فیصدی ریشکی انقباض کو مستثنیٰ کر کے ۲۹ فیصدی)۔ ابتدائی

مطرائی ضیق میں شرح اموات ۱۰ فیصدی، نمویافۃ ضیق میں ۳۹ فیصدی، خفیف اور ملی بازروی میں ۱۶ فیصدی، اور آزادانہ بازروی میں ۴۵ فیصدی ہے۔ لہذا مصرعی ضرر کی نوعیت اتنی اہم نہیں ہے کہ جتنا ترمیم کن عوامل ہیں۔ انداز میں دو عامل جن پر کسی دوسری جگہ غور کیا گیا ہے، خاص طور پر اہم ہیں، یعنی اذینی ریشکی انقباض اور تحت الحاد جراثیمی التهاب دروں قلبہ (ملاحظہ ہو)۔

276

اگرچہ اصابتوں کے اس سلسلہ میں سے بچے اور عورتیں مستثنیٰ ہیں، تاہم یہ سلسلہ خاص طور پر اہمیت رکھتا ہے اس لئے کہ یہ گویا ایک مرض زدہ آبادی کے پورے حصہ یعنی انقباضی اور صاحب فراش دونوں پر مشتمل ہے۔ سابقہ ایڈیشن میں ایسے مریضوں کے تجزیہ پر اکتفا کی گئی کہ جو ہسپتال میں مر گئے تھے۔ اب اس کی بجائے زیادہ مکمل اعداد و شمار درج کئے گئے ہیں۔ بعض نکات پر خاص طور پر زور دینے کی ضرورت ہے مثلاً ایک مطرائی انجماشی خیر کی عدم اہمیت علامتیہ جذبہ کی وجہ سے معذور الخدمت گردانے ہوئے سپاہیوں کی صورت میں مطرائی بازروی کے خیر کی موجودگی یہ ظاہر کرنے کے لئے بیکار ثابت ہونی کہ آیا وہ شخص پورے کام پر واپس آنے کے قابل ہوگا یا نہیں۔ مطرائی ضیق ایک خطرناک ضرر ہے، کیونکہ وہ روماتزمی مطرائی مرض کے مزمن یا مکرر حاد حملوں کا اختتامی نتیجہ ہے۔ لیکن خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ اگر سرایت رک جائے تو وہ برسوں ٹھہری ہوئی حالت میں رہے۔ اور ملی بازروی اور مطرائی ضیق کا اجتماع انداز کو زیادہ خراب نہیں بناتا۔ بچپن میں حاد روماتزم یا دیگر سرایتوں کے مکرر حملے خطرناک ہیں کیونکہ وہ عضلہ قلب اور مصرعوں کو مزید نقصان پہنچاتے ہیں۔ مطرائی ضیق ہونے کا امکان، اور معمر مریضوں میں اذینی ریشکی انقباض ہونے کا امکان۔ یہ امر کہ امتلائی فٹل میں اگر ریشکی انقباض موجود ہو تو فوری انداز بہتر ہو جاتا ہے، لیکن آخری انداز خراب تر ہوتا ہے۔ اور ملی گروہ میں ناگہانی موت کا امکان، اور غیر آتشکی اور ملی بازروی میں جراثیمی التهاب دروں عضلہ قلب کا امکان حل ہونے سے حالت کا زیادہ تشویشناک ہو جانا۔

تحریر - چونکہ نوعمر بچوں میں مرض قلب کی بیشتر اصابتیں ماد روماتزم

کی وجہ سے ہوتی ہیں، اندازِ اسی پر مشتمل ہے کہ اُس مرض کا تدارک کیا جائے، جس طرح کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

زیادہ عمر والے شخصوں میں دانتوں کا امتحان کرنا چاہئے، بالخصوص اُن لوگوں میں جو پہلے ہی مزمن مصرعی مرض میں مبتلا ہوں، کیونکہ اگر انھیں کوئی سرایت لگ جائے تو وہ ساری التهاب دروں قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر سکتی ہے۔ نیچر جو فیزی (pyorrhoea alveolaris)، مسوقت جبکہ پیپ آزادانہ خارج ہوتا ہو، چنداں خطرناک نہیں، لیکن اُن پھوڑوں کو خارج کر دینے کی احتیاط عمل میں لانی چاہئے جو دانتوں کی جڑوں میں دور چھپے ہوئے ہوں، اور جو یا تو التهاب دروں قلبیہ کا ایک حادثہ واقع کر دیں یا ایک مزمن غیر مسوس سرایت اور اُس کے ساتھ مصرعوں کا ترقی پذیر تشوہ پیدا کر دیں۔

تحریر میں ایک دوسرا نہایت اہم امر یہ ہے کہ جو بچہ روماتزم کے خفیف ترین ظواہر میں مبتلا رہ چکا ہو اُسے حادثہ سرایت کی کوئی علامت (جیسے کہ خراشِ حلق، التهابِ لوزین یا معمولی زکام) ظاہر ہوتے ہی بستر پر لٹا دینا چاہئے، کیونکہ اس کا ہمیشہ امکان ہوتا ہے کہ ان عوارض کے ساتھ ساتھ اُس کا قلب بھی مآؤف ہو گیا ہو۔ فی الحقیقت اس معاملہ میں اعلیٰ طباقوں کے بچوں کے متعلق نسبت زیادہ احتیاط برتنے کا نتیجہ یہی ہے کہ وہ مزدور پیشہ جماعتوں کے بچوں کے مقابلہ میں شدید مرضِ قلب سے زیادہ محفوظ رہتے ہیں۔

نوعی سرایتوں میں آتشک مرضِ قلب کا عام ترین سبب ہے، چنانچہ اگر یہ مرض ہو گیا ہو تو جلد ہی شدید دافع آتشک علاجِ عمل میں لانا چاہئے۔ شریانی مرض کا نتیجہ عموماً انحطاطِ عضلہ قلب ہوا کرتا ہے، چنانچہ اس کے حفظِ مانتقدم (ملاحظہ ہو) کی مناسب تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔

قلب کے مزمن مرض کا علاج

مندرجہ ذیل اشارات کا اطلاق نہ صرف قلب کے مزمن مصرعی مرض، بلکہ ملصق تامور (adherent pericardium) اور انحطاطِ عضلہ قلب کی

اصابتوں پر بھی ہوتا ہے۔

علاج پر غور کرنے سے پہلے امور ذیل کا دریافت کر لینا ضروری ہے :- (۱) آیا فشل قلب کے ابتدائی امارات، یعنی تکلیف، سانس کا پھولنا، اور ورزش کے بعد سخت القصی یا پیش قلبی درد ہونا موجود ہیں - (۲) آیا بعد کے امارات، یعنی گردن اور مگر کی وریدوں کا احتقان، زراق، اور تہتج موجود ہیں - (۳) آیا قلب بڑھا ہوا ہے، اور آیا مصراعی مرض کے یا تغیرات عضلہ قلب کے امارات موجود ہیں - (۴) آیا قلب کی کوئی بے نظمی اور غامض کرڈینی ریشکی انقباض موجود ہے یا نہیں - (۵) آیا قلب میں مادہ سرایت ہونے کی کوئی شہادت موجود ہے۔

اصول علاج یہ ہے کہ مریض کی زندگی کو باقاعدہ بنایا جائے تاکہ قلب کے ذمہ جو کام پڑے وہ اُس کی قابلیت سے زائد نہ ہو۔

فشل قلب کی ابتدائی اصابتوں میں مریض کی علامتیں ہی بیشتر رہنمائی کرتی ہیں۔ کام کی اُس مقدار کا معلوم کر لینا ضروری ہے جس سے غیر معمولی تھکان، یا تکلیف، یا سانس پھولنے کا، یا دردِ قلب کا حملہ ہو جاتا ہو۔ کامل طور پر تندرست شخص میں یہ علامات صرف نہایت شدید عضلہ ورزش کے بعد محسوس ہوتے ہیں۔ تازہ تجربہ نے بتلایا ہے کہ ایسے بہت سے اشخاص ہیں جن میں پیش قلبہ پر سائی دینے والے انکماش خیرات کے باوجود روماتزمی یا اور کسی سرایت کی سرگزشت نہیں پائی جاتی، جو قلب کی کوئی کلائی نہیں ظاہر کرتے، اور جو شدید ترین عضلہ ورزش کر سکتے ہیں اور اُس کے بعد کوئی ایسی تکلیف نہیں ظاہر کرتے جو اُس سے زائد ہو جو ایک طبی شخص محسوس کرتا ہے۔ ایسے اشخاص میں اُن کے ورزش کرنے کے متعلق روک تھام کرنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن جب اور طبی بازروی یا مطرانی ضیق کا شبہ کرنے کے لئے وجوہات موجود ہوں تو عقلمندی یہی ہے کہ مریض کو اُس کے قلب کی پوری قوت محفوظ کام میں لانے کی اجازت نہ دی جائے قطع نظر اس امر کے کہ وہ تند و شدید ورزش بھی معمولی مقدار سے زائد تکلیف کے بغیر انجام دے سکتا ہے۔ صرف ہلکے قسم کی ورزشوں کی اجازت دینی چاہئے۔ اس بیان کا اطلاق مطرانی بازروی اور اورطی ضیق کی ان اصابتوں پر بھی ہوتا ہے

کہ جن میں واضح کافی قلب موجود ہو۔

جو مریض معتدل ورزش، مثلاً دوڑنے یا زینہ پر یا پہاڑی پر تیزی سے چلنے، یا سطح زمین پر تیز چلنے کے بعد علامات ظاہر کرتے ہوں، اُن میں ان علامات کو پیدا کرنے والی ورزش کی ممانعت کر دینی چاہئے۔ اس کے ساتھ ہی جو ورزش برداشت ہو سکے اُس کی اجازت دینی چاہئے۔ اُس کے قلب کو مناسب سے کم ورزش دینا بھی بُرا دستور ہے۔ لیکن مریض کو کہدینا چاہئے کہ اگر بالفرض اس وقت جبکہ وہ ورزش کے لئے باہر گیا ہو علامات پیدا ہو جائیں تو اُسے چاہئے کہ بالکل بے حرکت ہو جائے۔

ان تمام امابتوں میں جن میں حقیقی سرایت موجود ہو، ان تمام امابتوں میں جن میں فشل قلب ترقی یافتہ ہو، ان امابتوں میں جو ویدی امتلا وظاہر کرتی ہوں، اُذنی ریشکی انقباض کی امابتوں میں جن میں قلب سریع ہو، اور ڈیجیٹالس کا ایک پورا نصاب دینے کی ضرورت ہو، اور سب سے زیادہ اہم اُن مریضوں میں جو کمزور ہونے پر یا آہستہ آہستہ چلنے پر امارات تکلیف ظاہر کرتے ہوں، بستر پر آرام لینا ضرور ہے۔ مریض کو چپت لیٹا رہنا چاہئے، لیکن جب تنفس انتصابی ہو تو اُسے بستر پر سہارا دے کر بٹھا دینا چاہئے۔ مریض کو سکون سے رہنا چاہئے اور اس کو تشویش اور ہیجان بالکل نہ ہونے دینا چاہئے۔ تمام بے ضرورت حرکت سے احتراز لازم ہے اور بالخصوص نیندا چھی آنے دینا چاہئے، کیونکہ یہی وہ حالت ہے جس سے قلب کو کال ترین قسم کا آرام حاصل ہوتا ہے۔ ہر مریض قلب کے معاملہ میں یہی ایک نہایت اہم امر ہے جس کا اہتمام ضروری ہے، خواہ کچھ ورزش کی اجازت دی گئی ہو یا نہ دی ہو۔ نصب العین یہ ہونا چاہئے کہ بستر میں نو سے دس گھنٹے تک گزریں، گو حقیقی نیند کے گھنٹوں کی تعداد اس کی نسبت کم ہو۔ وِسکی (Whisky) ۱-۲ اونس بطور ایک خواب آور دوا کے دیا جاسکتی ہے، یا پیرالڈیہائیڈ (paraldehyde) ۱-۲ ڈرام کی خوراکوں میں۔ غذا کافی، سادہ اور سریع الہضم ہونی چاہئے۔ وہ مخلوط ٹھوس (solid) اور مائع ہو سکتی ہے، مقدار میں یہ کسی ایک وقت میں اتنی نہ ہو کہ معدہ کو گرانا بار کر دے، اور اُس کی نوعیت ایسی ہو کہ جو ریحیت اور تمدن پیدا کرے۔

سیالات کو زیادتی کے ساتھ نہیں دینا چاہئے۔ اور اگر تہج ہو تو طبعی در آمد کو کم کر دینا چاہئے۔
 فرہی (obesity) میں قلیل الحرارہ غذا دینی چاہئے کیونکہ فرہی تحول بڑھ جانے کا
 ایک عام سبب ہے۔ حال میں مرض قلب کا علاج بذریعہ درقیہ برآری بھی کیا گیا
 ہے کہ جس سے تحول کو کم کرنا اور قلب پر بار کی تخفیف مقصود ہوتی ہے۔
 جب مریض کو کچھ عرصہ تک بستر میں آرام کرنے کے بعد افاقہ حاصل ہو تو ورزش

کا آغاز صرف آہستہ آہستہ ہونا چاہئے۔ بستر ہی میں پڑے پڑے ہاتھ پاؤں ہلانے کی
 اجازت دیکر اُسے تدریجی ورزش کرائی جاسکتی ہے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ جب
 مریض اٹھنے کے قابل ہو جائے تو روز بروز اُس کے چلنے کی مقدار بڑھائی جائے
 یہاں تک کہ ورزش کی حد برداشت تک پہنچ جائے۔

ترقی یافتہ فشل قلب کی امابٹوں میں جن میں مختلف احتشاء کی امثالہ کے
 ساتھ اُذیمیا موجود ہو، علاج کے تین خاص اصول ہیں: (۱) اُذیمائی سیال کا
 اخراج، یا خون نکال دینا۔ (۲) آکسیجن کا استعمال۔ (۳) ادویہ، بالخصوص ڈیجیٹالس
 کا استعمال۔

(۱) اگر کہفہ پلیورائی میں بہت سیال موجود ہو تو بذریعہ نزل (tapping)
 اُس کے اخراج سے بہت آرام حاصل ہوگا۔ اگر استسقاءے کلی (anasarca)
 زیادہ ہو تو ایک بڑی پمپی جراحی سونی سے ٹانگوں کو دس بیس جگہ کچھ کا لگا سکتے، یا
 اُنبوبات ساؤدی (Southey's tubes) سے ان کی سیلیت کر سکتے ہیں۔ مریض کو
 ایک کرسی پر بارہ یا چوبیس گھنٹے تک بیٹھنا اور ٹانگیں نیچے لٹکائے رکھنا چاہئے تاکہ
 سیال جاذبہ کے اثر سے اُن کے اندر اُتر آئے۔ اُنھیں نہایت احتیاط کے ساتھ
 صاف کر کے آیوڈین کا ہلکا محلول اُن پر لگانا چاہئے۔ سیال کو ایک مفصل میں
 نیچے بہ کر آنے دینا چاہئے، اور گرمی پہنچانے کے لئے مفصل پر ایک کمبل لپیٹ دینا
 چاہئے، لیکن اس کا خیال رہے کہ جہاں کچھ کے لگائے ہیں وہاں کمبل ٹانگوں کو
 نہ چھونے پائے۔ استسقاءے شکمی میں شکم میں بزل کیا جاسکتا ہے، اور ان کارڈیوں
 سے وہ دبا وجود دوران خون پر ہوتا ہے کم ہو جاتا ہے۔ دایعات فصلا شدہ تھمابی
 تنفس اور زراق ہیں کہ جس کے ساتھ وریدیں متمدہ ہوں۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ

عام شریانی خون کا دباؤ گرا ہوا اور وریدی دباؤ متناظر بڑھا ہوا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ قلب کی دائیں جانب استقدر متعین ہو گئی ہے کہ اُسے اپنے مافیہ پر متقبض ہونے میں دقت ہوتی ہے۔ ایسے حالات میں اُذینی ریشکی انقباض اکثر موجود ہوتا ہے۔ وسطی ورید باسلیق میں چرکا لگا کر ۲۰ یا ۳۰ انس کی مقدار میں خون خارج کر دینے سے خون کا وہ بہاؤ جو قلب کی طرف جاتا ہے کم ہو کر تکلیف میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ انتہائی اصابتوں میں قاعدہ گردن میں بیرونی وداجی ورید کو کھولنے سے اور بھی زیادہ سریع اثر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس صورت میں اگر وریدی دباؤ بلند ہے تو خون مرکزی ہرے سے بہے گا، اور قلب کی دائیں جانب کو راست تسکین پہنچے گی۔ ورید میں ایک سادہ چرکا لگانے سے کافی خون حاصل کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ ایک زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ ایک چھوٹی چوڑی کھوکھلی سوئی استعمال کی جائے جو ربر کی نلی کے ذریعہ ایک بند شیشی سے الحاق رکھتی ہو۔ پھر اس بوتل پر امتصاص عمل میں لایا جاسکتا ہے۔

(۲) قتل قلب کی ان تمام اصابتوں میں کہ جن میں ساتھ تافوی ریوی پیچیدگیاں پائی جائیں، نیز عضلہ قلب کے انحطاط میں خاص کر اس وقت جبکہ اغلب ہو کہ امییلی ٹرائین متغلب ہیں، کسیجن دینی چاہئے۔ فوعموضوں میں روماتزمی اصل کے قتل قلب میں یہ عام طور پر موثر نہیں ثابت ہوتی۔ بھر اور زرق سب سے بہتر داعیات ہیں، لیکن اگر کوئی شک ہو تو ایک نقاب اور معراعات استعمال کر کے اس کا اثر آزمانا چاہئے۔ اس کو انفی قشاطر کے ذریعہ دیا جاسکتا ہے، لیکن ہم نیمہ کی سفارش کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵۶)۔

(۳) ادویہ، جو قلب پر راست مفید اثر رکھتے ہوں نسبت چند ہی ہیں۔ سب سے زیادہ مفید ڈیجیٹالس (digitalis) ہے، جس کے فعل کا مطالعہ سب سے زیادہ کیا گیا ہے۔ اُذینی ریشکی انقباض میں اُس کے استعمال کا تذکرہ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۴۴)۔ ان اصابتوں میں بطین تیزی اور بے قاعدگی کے ساتھ ضرب لگا رہا ہوتا ہے اور ڈیجیٹالس ایک دوائے شافی کے طور پر عمل کرتا ہے۔ بنفس کی رفتار کم پڑ جاتی ہے۔ تار درہ کا حجم بڑھ جاتا ہے اور اُذیم غائب ہو جاتا ہے۔

لیکن دوسری اصابتوں میں بھی، جبکہ اذینی ریشکی انقباض موجود نہ ہو، ڈیجیٹالس کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے، بالخصوص اُس کے مدد بول اثر کے لئے۔ اُس کے پسے ہوئے پتے اکثر پارہ کے ساتھ لاکر ایک گولی کی شکل میں کام میں لائے جاتے ہیں، جو ایسی اصابتوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ نہیں کہا جاسکتا کہ اُس کا اثر اسی قدر یقینی ہے جتنی کہ اذینی ریشکی انقباض میں ہوتا ہے۔ ڈیجیٹالس براہ دہن سفوف، خیساندہ یا صبغیات کی شکل میں، یا اُس کے جوہر فعال یعنی ڈیجیٹالین (digitalin) یا ڈیجیٹاکسین (digitoxin) کے طور پر دیا جاسکتا ہے۔ خطرناک اصابتوں میں خیساندے کے دو ڈرام یا صبغیہ کے ۱۰ یا ۱۵ قطرے ابتداً ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے، اور بارہ یا چوبیس گھنٹوں کے بعد نسبت کم بار یا چھٹی مقداروں میں دئے جاسکتے ہیں۔ ڈیجیٹاکسین کی مقدار $\frac{1}{4}$ گرین تا $\frac{1}{2}$ گرین ہے۔ ان مقداروں میں دئے جانے پر ڈیجیٹالس اپنا پورا اثر پیدا کرنے کے لئے دو یا تین دن لیتا ہے۔ براہ دہن کثیر مقداریں دیکر نسبت زیادہ سریع اثر حاصل کیا جاتا ہے۔ یہ طریقہ علاج اذینی ریشکی انقباض کی حالت میں عمل میں لایا جاسکتا ہے۔ ڈیجیٹالس کے علاج کے دوران میں پیدا ہو جانے والے سببی علامات صفحہ 245 پر بیان کئے گئے ہیں۔

بعض دوسرے ادویہ کا فعل ڈیجیٹالس کے فعل سے مماثل ہوتا ہے۔

ان میں سب سے زیادہ اہم اسٹروپنٹھس (strophanthus) ہے (جس کے صبغیہ کی مقدار خوراک ۲ تا ۵ قطرات ہے)۔ اسٹروپنٹھس کا جوہر فعال، اسٹروپنٹھین (strophanthin) اُس وقت مفید ہوتا ہے جبکہ خطرناک فشر کی حالتوں میں عجلت مد نظر ہو۔ اس کا $\frac{1}{4}$ گرین دروں وریدی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ نیز اس کا دروں عضلی یا تحت الجلدی اثر اب کیا جاسکتا ہے۔ کینوئیڈین (quinidine) سے اذینی ریشکی انقباض کا علاج پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔ گذشتہ زمانہ میں اسٹرنین (strychnine) ایک قابل قدر مقوی قلب سمجھا جاتا رہا۔ لیکن ایک با احتیاط و منضبط سلسلہ مشاہدات نے ظاہر کر دیا ہے کہ عادی مزمن فشر القلب، دونوں میں سے یہ کسی ایک پر بھی کوئی اثر نہیں رکھتا (21)۔ حال ہی میں خطاط عضلہ

کی حالت میں، قلب کی بائیں جانب کی تنش بڑھانے کے لئے فرانس میں اوبین (oubaïne) کا استعمال کیا گیا ہے (۱/۲ ملی گرام دروں وریڈی راد سے، یا ۱ ملی گرام براہ دہن، دن بھر میں ایک یا دو بار)۔

امکن ہے کہ دوسرے علامات اور پیچیدگیوں کا علاج بھی کرنا پڑے۔ اگر استسقاء ڈیجیٹالس سے رفع نہ ہو تو، تھیوبرومین سوڈیم سیلی سیلیٹ (theobromine sodium salicylate) (ڈایوریٹین: diuretin) ۲۰۰۰ مگرن دن میں تین بار، سلسلہ پورین (purin) کی بہترین دوا ہے، جو یا تو بصورتِ اقرت یا ایک آمیزے میں شربت زنجبیل سے خوب نوش ہو دینا کر استعمال کی جاسکتی ہے۔ یہ ادویہ غالباً گوی کی غشا کی نفوذ پذیری بڑھا کر، یا شاید فاعلی گویوں کی تعداد میں زیادتی پیدا کر کے اپنا اثر ظاہر کرتے ہیں۔ گردوں میں آکسیجن کے صرف کی زیادتی نہیں پیدا کرتے۔ لیکن اگر گوی کی عروقِ شعریہ محقق ہوں اور شاید کم ہوا دمویت میں مبتلا ہوں تو ممکن ہے کہ یہ دوائیں ناکارگر ہوں۔ یوریا (urea) بھی ۵ تا ۱۰ گرن کی مقداروں میں آزمایا جاسکتا ہے۔ یوریا گویوں میں سے تقطیر ہو جاتا ہے، اور انیسیبات میں سے بھی اُس کا اخراج ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انیسیبی سیال کا ولوجی دباؤ بلند رہتا ہے اور انیسیبات میں نسبتِ نیچے پانی دوبارہ کم جذب ہوتا ہے اور اسی واسطے خارج ہو جاتا ہے۔ آخر آسیلرگان (salyrgan) ایک نامیاتی مرکب سیما ب (۲ کعب ستر تک دروں عضلی طور پر) اور نیپٹال (neptal) (ایک کعب ستر تک) ہفتہ میں ایک یا دو مرتبہ دئے جاتے ہیں اور یہ قدیم رائج شدہ حب سیما بی (Pil Hydrarg.) کی نسبت زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ اگر ان کے ساتھ ایونیم کلورائیڈ، جو میں گھنٹوں میں ۱۰۰ گرن کی مقداروں تک، استعمال کیا جائے تو یہ اور بھی زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر غالباً ایک مصنوعی ترشہ دمویت پیدا کر کے اپنا اثر پیدا کرتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ لسونت کچھ جذب کردہ سیال آزاد کر دیتے ہیں۔ اس حقیقت کو اسوقت یاد رکھنا چاہئے جبکہ کچھ متلازم الہیاب گردہ بھی ہو، جس میں ترشہ دمویت پہلے ہی سے موجود ہو سکتی ہے۔ قلب پر زرد اکثر شدید ہوتا ہے، اور اس میں لغاح (belladonna) کے پلستر

سے، مارفیا کی تھوڑی مقداروں کے داخلی استعمال سے، اور پھر گرین مارفیا کے تحت الجلدی اثراب سے تخفیف کی جاسکتی ہے۔ کھانسی کا تدارک منفیقات اور مسکنات کی تھوڑی مقداروں سے کیا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو التهاب شعبی کا علاج) اور قے کا تدارک قوار مالحات سے۔ اور ملی مرض میں، جس کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہو، ایک نہایت تکلیف دہ علامت قلب کا تند فعل اور گردن کی اور عام طور پر سارے جسم پر کی وریدوں کا تڑپنا ہے۔ اس میں صبغیہ بھیناگ (۱ تا ۳ قطرات) کے، برومائڈز کے، اور مارفیا کی ایک تھوڑی مقدار کے استعمال سے بہت کچھ تخفیف ہو سکتی ہے۔ ریوی نرف شاذ ہی اتنا کافی ہوتا ہے کہ زندگی کے لئے خطرے کا باعث ہو، اور اس کے لئے حابسات الدم کی ضرورت نہیں ہوتی۔ فعل قلب کے ناگہانی طور پر موقوف یا کمزور ہو جانے کی حالتوں میں، بالخصوص دوران عدم حیثیت میں، جبکہ موت قریب الوقوع ہو، ۱۰۰ میں حصہ ایڈرینالین (adrenalin) کے ۲ سی۔ سی۔ کا اثراب ایک پچکاری کے ذریعہ سے دائیں بطن کے اندر کرنے سے زندگی بحال کی جاسکتی ہے۔ سوئی، جس کا طول ۳ انچ لمبا ہوتا ہے، پانچویں قسمی کڑی سے اوپر، عظم الفص کے بائیں جانب کے قریب، راست پیچھے کو، اور قدرے اندر کی طرف، گزاری جاتی ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ ۱ تا ۲ انچ کی گہرائی پر بطن کے اندر سوئی پہنچ چکی ہے اثراب سے پہلے تھوڑا خون باہر کھینچ لیا جاتا ہے۔

بوڑھے اشخاص کے عضلہ قلب کے مرض میں سانس پھولنے کے دوری حلے بہت تکلیف پیدا کر دیتے ہیں۔ آکسیجن کے استنشقات اکثر تسکین کا باعث ہوتے ہیں، اور مارفیا کے تحت الجلدی اثرابات (ان سے بھی تسکین ہو جاتی ہے) کی نسبت پسندیدہ تر ہوتے ہیں (25)۔ اس نظریہ کی بنا پر کہ سانس کا پھول جانا اضافی چپ جانبی فٹل کے ذریعہ ابتدائی ریوی تہج پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 252) مصنف نے پھیپھڑوں میں ہوا کا دباؤ زیادہ کرنے کے لئے پلیسٹس (Plesch) کا طریقہ کامیابی کے ساتھ انجام دیا ہے، جو کہ ریوی تہج کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

آنٹنکی التهاب عضلہ قلب کا علاج وسیع مدت تک دافع آتشک ادویہ سے کرنا چاہئے۔ سلف آرسینال (sulfarsenol) (۳ تا ۴۸ گرام) کے عمیق تحت الجلدی اثرات ہفتہ وار دئے جاسکتے ہیں۔ اس کا ایک نصاب ۶ گرام پر مشتمل ہوتا ہے، اور مختلف نصابوں کے درمیان ۶ ہفتے گزر جانے دئے جاتے ہیں۔ نصاب کے دوران میں ۱۶ گرین یوڈائیڈ آف کیور (yellow iodide of mercury) روزانہ تین بار بصورت اقراص دیا جاسکتا ہے، جو بڑھا کر دن بھر میں ۱۲ یا ۸ دئے جاسکتے ہیں۔ نصابوں کے درمیان میں پوٹاسیم آیوڈائیڈ دینا چاہئے۔

مرض قلب اور حمل۔ اکثر اوقات یہ سوال اٹھتا ہے کہ آیا ان مریضوں میں حمل ہونے دینا چاہئے یا نہیں، جن میں استماع کرنے پر مطرانی بازروی، مطرانی ضیق یا اورطی بازروی کے خیرات موجود پائے گئے ہوں۔ ذیل کی صورتوں میں حمل ہونے دینا چاہئے :- (۱) اگر اس کی شہادت موجود ہو کہ مصراعی مرض طویل عرصہ سے ہے اور حال ہی میں مصراعوں کا کوئی التهاب نہیں ہوا ہے۔ (۲) اگر جہد کی مجیبیت اچھی ہو۔ (۳) اگر قلب بڑا یا غیر معمولی طور پر تحریک پذیر نہ ہو۔ (۴) اگر اس کی نئی طبعی ہو۔ (۵) اگر اورطی بازروی میں انکماش اور انقباضی فشار دموی کے درمیان کوئی بڑا فرق نہ ہو، اور ضربتہ الراس بہت زیادہ باہر کی طرف یا بہت زیادہ زوردار نہ ہو۔ (۶) اگر مطرانی ضیق میں کھانسنے یا گہری سانس لینے کے بعد شش میں متواتر تکتکات (جو اذیما کا آغاز ظاہر کرتے ہیں) نہ موجود ہوں۔

دوران حمل میں متزاد انکماشات کے وقوع پر کوئی توجہ نہیں کرنی چاہئے لیکن اذینی ریشکی انقباض کی موجودگی کو قطعی رکاوٹ تصور کرنا چاہئے (Mackenzie)۔ اگر مشورہ کے خلاف حمل شروع ہو گیا ہے تو مریضہ پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھنی چاہئے اور اگر ناموافق علامات ظاہر ہوں تو حمل کو ختم کر دینا چاہئے۔ جب کبھی قلب فعلی ناکارہ کردگی کے کوئی امارات ظاہر کرے تو مریضہ کو بستر میں سہارا لیکر آرام لینا اور دن کے وقت کچھ وقفوں کے بعد گہری سانس لیتے رہنا چاہئے تاکہ پھیپھڑوں کے اندر سے دوران خون ہونے میں مدد پہنچے۔ حمل کے آخری مہینوں میں وضع حمل کا امالہ کرنا ایک طویل عمل ہے، اور اسی واسطے اس میں قلب پر اس سے زیادہ بار ہوتا

ہے کہ جتنا خود بخود وضع حل ہونے کی صورت میں ہوتا ہے۔ ایسی اساتوں میں شگاف قیصری کے عمل کے متعلق غور کرنا چاہئے، بالخصوص اسوجہ سے کہ اس عمل میں فالو پائی انبوبوں کے بعض حصوں کے استیصال جزوی کے ذریعہ تعقیم کا عمل بھی ساتھ ساتھ انجام دیا جاسکتا ہے۔ میکنزی بیان کرتا ہے کہ شادی شدہ عورت میں مرض قلب کا کوئی درجہ بھی مانع جماع نہیں، بشرطیکہ عورت کو جماع کی خواہش معلوم ہوتی ہو، اور وہ اسے انجام دینے کی قابلیت رکھتی ہو۔

خبیث التهاب وں قلبہ

(malignant endocarditis)

ساری عفونی تفریحی یا جراثیمی التهاب وں قلبہ،

(infective, septic, ulcerative or bacterial endocarditis)

بحث اسباب۔ حاد روماتزم خبیث التهاب قلبہ کا پیش رو ہے، لیکن ایسی اساتوں کی تعداد [۱۶۰ میں سے ۵۲ - آسکر (Osler)] اس تعداد سے کم ہے کہ جس میں روماتزم سادہ التهاب دروں قلبہ کا سبب ہوتا ہے۔ ان میں سے بعض اساتوں میں علامات کا نموروماتزمی تپ کے دوران میں ہو جاتا ہے، اور بعض میں یہ علامات مزمن مصرعی مرض کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہیں، جو وقوع برایت کی استعداد پیدا کر دیتا ہے۔ اس کے برعکس، خبیث التهاب دروں قلبہ کا وقوع اسوقت بھی ممکن ہے جبکہ مصرع تندرست ہوں، بالخصوص تکشف اور سخت عضلی کام کے بعد۔ زمانہ جنگ کے تجربہ سے اس کی تصدیق ہو چکی ہے (19)۔ علاوہ روماتزم کے اس کا سبب متعدّد مادّات الریہ، ثورانی حمیات مثلاً قرمز، نفاسی اعمال (puerperal processes) سطح جسم پر کے کھلے زخموں کی موجودگی، عفونت الدم اور تقیح الدم (پانی میا) ہو سکتے ہیں، اغشیہ خلیہ سے ریعی اخراجات مواد (التهاب جوئی البول، التهاب مہبل، جو فیزیکی بھی یہ مرض پیدا کر سکتے ہیں، لیکن آخر الذکر کے پیدا ہونے کا احتمال اسوقت زیادہ

ہوتا ہے جبکہ پیپ کسی وجہ سے رُکا رہنے اور مواد کی آزادانہ طور پر سیلیت نہ ہوتی ہو
ایسا ہونے کا امکان بچوں میں مزمن التهاب لوزین یا بالغوں کی حالت میں ندانی
نراجات میں خاص طور پر ہوتا ہے۔ ۱۰۰۰ فارغ الخدمت آدمیوں میں کہ جن کو
مرض قلب تھا، تحت اتحاد جرثومی التهاب دروں قلبہ کا حملہ ۱۲ فی صدی میں
ہو گیا۔ اور ملی باز روی کی غیر آشکی امیابوں میں یہ ۳۲ فی صدی میں موت کا
سبب ہوا، لیکن مطرانی ضیق میں ۶ فی صدی میں (20)۔

ساری التهاب دروں قلبہ (infective endocarditis) میں اختار کے
اندر مختلف دقیق عضویہ پائے جاتے ہیں۔ نبقات سجمیہ، یعنی نبقہ سجمیہ اخضر
(S. viridans) نہایت عام ہیں، جو دہن اور بڑی آنت کے اندر ملنے والے
نبقات سجمیہ سے ماثل ہوتے ہیں۔ نبقات غنہ، نبقات سحائیہ، نبقات ریوی
فریڈ لینڈر کا عصیہ ذات الریہ، اور تدرن، خناق وبائی، اور تپ محرقہ کے
عصیتے، اور نبقہ سوزاک اور ناہوا باش (anaerobic) عصیتے کبھی کبھی ملتے ہیں۔
یہ عضویہ کسی مرکز سرایت سے نکل کر خون کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور وہاں
سے پھر مصراعوں پر مرتب ہو جاتے ہیں۔ مرض کی زیادہ عادی قسموں میں نبقہ سجمیہ
دوران حیات میں اکثر خون کے اندر پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح - التهاب دروں قلبہ کی اس قسم میں ملتب شدہ مصراع
کی بافت نرم پڑ کر ٹوٹ جاتی ہے، جس سے تادکلات یا تقرحات پیدا ہو جاتے
ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس سطح پر، جو کھردری ہو گئی ہے، فائبرین مرتب
ہو جاتی، اور روئیدگیوں کے بقاعدہ تودوں کی صورت میں جمع ہو جاتی ہے،
جو ممکن ہے کہ ایک فندق (hazel nut) کی جسامت کے برابر ہو جائیں۔ مناسب
طریقوں کی مدد سے سطح پر، اور روئیدگیوں کے جرم میں کم و بیش گہرائی پر عضویہ
دکھلائے جاسکتے ہیں، جہاں وہ عادی امیابوں میں بڑے بڑے تودے بنا دیتے
ہیں، نیز برایت زدہ سطح کے نیچے ایک منطقہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی درریش
کا موجود ہوتا ہے۔ جب مرض مزمن ہوتا ہے تو عضویہ نسبتہ بہت کم ہوتے
ہیں، اور اعمال اندمال جو لیفی نامضات کے ذریعہ سے انجام پاتے ہیں

نسبت زیادہ بدیہی ہوتے ہیں۔ مصراع میں کے ان اعمال سے متعدد اہم تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خود مصراع مشقوب ہو جائے، یا سیج کی دھجیاں جزو جدا ہو کر خون کی رومیں ڈھیلی لگتی رہیں، یا بعض حصہ بکلم جدا ہو جائیں۔ بعض اوقات مصراع کا ایک حصہ اطلاقی عمل سے اتنا کمزور پڑ جاتا ہے کہ وہ خون کے دباؤ کے مقابلہ کی تاب نہیں لاسکتا، اور مصراع کا ایک تاپکی اتساع یا انوسرسم پیدا ہو کر مقابلہ جانب پر اُبھر آتا ہے۔ دوسرا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی ایک دھجی، جو بطین کے انجماش و انبساط کے ساتھ خون کی رومیں میں آگے کی طرف اور پیچھے کی طرف کھینچتی ہے اور اپنے سامنے اور پیچھے کے کھنوں کی دیواروں سے متبادلًا ٹکراتی ہے، متعلقہ حصوں میں التهاب دروں قلبہ، یا شریان کے اندرونی استر کا التهاب (endarteritis) پیدا کر دیتی ہے۔ دھجی کے ٹکرانے کے مقام پر ہر اس واقع ہو کر استری صلی کے التهاب کی ایک تازہ جگہ پیدا ہو جاتی ہے۔

لیکن خبیث التهاب دروں قلبہ کا اہم ترین اثر سارے نظام شریانی کی وہ ہر اس جگہ جو مصراعوں کے جدا شدہ ریزوں سے پیدا ہو جاتی ہے جو اعضا بعبیدہ میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ اس مرض کے مخصوص مظاہر اسی عمل کی وجہ سے، اور ساتھ ہی جدا شدہ ٹکڑوں میں عضویوں کی موجودگی کے سبب سے رونما ہوتے ہیں۔ سدا بیت جسم کے تقریباً کسی بھی حصے میں واقع ہو سکتی ہے۔ وہ بالخصوص طحال اور گردوں کے عروق میں عام ہے، لیکن دماغ، غذائی کنال، جلد، شبکیہ (retina) اور پھیپھڑوں کے عروق میں اور جوارح کو رسد پہنچانے والی بڑی شریانیوں، جیسے کہ کعبری، زندگی، قصبیتی، عضدی، اور دوسری شریانیوں میں بھی واقع ہو جاتی ہے۔ ان انفرا زات کے مقامی نتائج یہ ہیں: (۱) دوران خون کا تسد (۲) مسدود عرق کی توزیع کے رقبہ کے اندر تنخر یا نرف، یا ان دونوں کا وقوع، اور مفعات کی ٹکون۔ اور (۳) دقیق عضولیل کے عفونی اثر سے اُسی رقبہ کا تفتیح، اسوقت جبکہ عمل ماد ہو (ملاحظہ ہو سدا بیت: embolism)۔

مختلف اعضا پر اثرات، جیسے کہ وہ خبیث التهاب دروں قلبہ کی مختلف اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں، یہ ہیں: دماغ کی لینت (softening) اور خراج

اور التهاب سحمایا (meningitis) - شبکیہ کے نزفات اور عصب بصری کا التهاب -
 لحال کا منتشر ورم، انفعام اور خراج - تین طریقے ہیں جسے گردے ماؤف ہو سکتے ہیں -
 (۱) حاد سمی التهاب گردہ (acute toxic nephritis) ہو سکتا ہے - (۲) حاد مکی
 سداوی التهاب گردہ (acute focal embolic nephritis) نمودار ہو کر کیکٹ گزیلا
 گردے (flea-bitten kidney) پیدا کر سکتا ہے، جو اکثر بڑے، اور ایک

سفید زین پر زنی نقطوں کی وجہ سے دھتہ دار ہوتے ہیں - خود ہیں سے دیکھنے پر
 مختلف الجھامت دروں کیسی نزفات نظر آتے ہیں جو بتدریج تعضیہ یافتہ
 ہو جاتے ہیں، اور رخی بافت کا ایک چکیتی دار آدیما بھی، بلا لپٹ کے نظر آتا ہے -
 (۳) انفعام کے ذریعہ سے - ممکن ہے کہ جلد کے نیچے نزفات، پھیپھڑوں کے زنی
 مفعلات اور خراج، ذات الجنب اور دبلیہ بھی موجود ہوں -

سادہ التهاب دروں قلبہ کی طرح خبیث التهاب دروں قلبہ بھی خاص کر
 قلب کی بائیں جانب کو ماؤف کرتا ہے - لیکن ان اصابتوں کا تناسب، جن میں
 دائیں جانب ماؤف ہوتی ہے، اس سے بہت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا سادہ قسم
 کے التهاب کی صورت میں ہوتا ہے - اصابتوں کی غالب تعداد میں خبیث التهاب
 دروں قلبہ انھیں مصرعوں پر ہوا کرتا ہے جو ماسبق سادہ التهاب دروں قلبہ کے
 اثرات ظاہر کرتے ہیں -

علامات - اس مرض کے علامات اور اس کا عمر نہایت اختلاف ظاہر
 کرتا ہے - بعض اصابتوں میں علامات ابتدائے محض یہ ہوتے ہیں کہ تپ اگر دوپہر کے
 بعد پیش بلند ہو جاتی ہے، یا شاید پسینہ آتا ہے، اور یہ ایسے مریض میں ہوتا ہے
 جو ایک فاعلی زندگی بسر کرتا ہے، اگرچہ شاید یہ معلوم ہوتا ہے کہ اسے معرعی مرض
 ہے، اور یہ کم و بیش کامل طور پر تعویض یافتہ ہے - پیش ممکن ہے کہ بلند ہو اور ۱۰۲
 یا ۱۰۳ درجہ تک پہنچ گئی ہو - لیکن وہ عموماً مستقر یا متوقف ہوتی ہے، بعض اوقات
 طویل عرصوں تک حیرتناک باقاعدگی کے ساتھ - پسینہ اکثر بکثرت آتا ہے، اور ممکن ہے
 کبھی کبھی ایک قشعرہ بھی ہو - نبض سریع ہو کر ۹۰ سے ۱۲۰ تک جولانی رکھتی ہے، بلکہ
 اس سے بھی بلند تر - اگر قلب کا استماع کیا جائے تو عموماً ایک نہ ایک دھنہ پر ایک خیر

سنائی دیکھا، لیکن یہ زیادہ تر بائیں جانب پر ہوتا ہے۔ تاہم یہ نہیں بھولنا چاہئے کہ ان امباتوں میں ممکن ہے کہ خیرات بظہیر موجود ہوں۔ طحال عام طور پر بڑھی ہوئی ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ البیومن بولیت یا دم بولیت موجود ہو، اور ثانوی عدم ذہنیت بھی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی یہ امابت مادہ التهاب گردہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ جہاں روماتزم کی مابقی سرگزشت موجود ہو، یا مرض قلب معلوم ہو، وہاں ممکن ہے کہ قلب کی جسامت اور اس کے فعل کی غیر طبیعی حالتیں پائی جائیں۔

کثیر التعداد امباتوں میں تب پھر قلب سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے، بالخصوص اسوجہ سے کہ تب کا وقوع تقریباً خود بخود ہوتا ہے اور اس کے ساتھ درد سر اور بڑھی ہوئی طحال ہوتی ہے، جو کہ عمومی سرایت سے یا سادہ دیت کی وجہ سے ہوتی ہے۔ لیکن گلابی دھتے نہیں ہوتے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مریض بالکل اچھا ہو حتیٰ کہ اسے ایسی علامتوں کی شکایت پیدا ہو جائے، جیسی کہ دوسرے شدید حامی امراض کی ابتدا میں ہوا کرتی ہیں، درد سر، یا پشت و جوارح کا درد، یا ایک صریح قشعیرہ یا قشعیرہ سے۔ پھر اس کے بعد شدید ارتفاع حرارت اور اس کی معمولی حالتیں، یعنی بلند پیش، سریع نبض و تنفس، خشک زبان، عدم اشتہا، تشنگی اور کسمندی پیدا ہو جاتی ہیں۔ اکثر اوقات مریض چند ہی روز کے اندر ضابطہ بے پروا، غنودہ ہوتا ہے، اور رات کے وقت اسے ہڈیاں ہو جاتا ہے۔ لیکن اس علامت کے نمودار ہونے کا وقت، جو غالباً سم کی قشیت کے لحاظ سے متعین ہوتا ہے، تغیر پذیر ہوتا ہے۔ آنتوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، لیکن اکثر پتلی زرد اجابتیں ہوتی ہیں، جو تب محرقہ کی اجابتوں سے بہت مشابہ ہوتی ہیں۔ اور ممکن ہے کہ شکم متمدد ہو۔ ان امباتوں کی مدت عموماً دس دن سے لیکر دو یا تین ہفتے تک ہوتی ہے، یعنی اس سے بہت کم کہ جتنی تحت الحاد ساری التهاب درون قلب (subacute infective endocarditis) کی امباتوں میں ہوتی ہے۔

امباتوں کے ایک دوسرے گروہ میں قشعیرہ سے ایک نمایاں علامت ہوتے ہیں، اور وہ دن بھر میں ایک، دو، یا زائد بار ہوتے ہیں، اور اس قیح الدم سے جو زخموں کے باعث ہو، نہایت قریبی مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ حقیقت

یہ ہے کہ التهاب لُب العظام کی حالت میں، جو بندقہ حنبلہ ذہبہ کے باعث ہو، ممکن ہے کہ ساری التهاب دروں قلبہ کوئی مخصوص میٹر علامات نہ پیدا کرے اور یہ ضرور صرف امتحان بعد المات یعنی لاش کے معائنہ کے وقت ظاہر ہو۔ بطرح ایک دوسرے گروہ میں عضویہ دماغی سحایا پر حملہ آور ہوتے ہیں، اور التهاب سحایا کی علامتیں ہی ایک نمایاں منظر ہوتی ہیں۔

اس مرض کی کسی بھی اصابت میں، ان علامتوں پر جو کہ عفونت الدمی تہ پر منحصر ہوتی ہیں اور علامتیں بھی مستزاد ہو سکتی ہیں جو سدا دیت سے شراینین یا شرایینوں کا تہ واقع ہونے کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات دماغ کی ایک بڑی عرق کی سدا دیت، جو کہ فالج نصفی (hemiplegia) پیدا کر دیگی۔ اگر ٹانگ یا بازو کی عرق مسدود ہو گئی ہے تو کلائی یا ٹخنے کے مقام پر کی نبض غائب ہو جائے گی۔ لیکن تا وقتیکہ ایک بہت بڑی عرق ماؤف نہ ہو جائے، ننگرین یا مردین کا واقع ہونا ضروری نہیں۔ احتشاء کے چھوٹے عروق کی سدا دیتیں زیادہ اکثر الوقوع ہیں۔ اس طرح اکثر طحال کی کلائی اور الیمیت پیدا ہو جاتی ہے، جو جزو مفعات کی وجہ سے ہوتی ہے، اور طحال وزن میں ۲۰ تا ۳۰ اونس ہو سکتی ہے۔ مفعات گردے میں بھی واقع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ درد بھی ہو اور قارورے میں البیومن یا خون نمودار ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں جلد کے نیچے نفشی نزفات ظاہر ہو جاتے ہیں، جو عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، اور دھڑپ، جھکاسوں اور بغلول کے گرد و پیش واقع ہوتے ہیں۔ استثنائی حالات میں ممکن ہے کہ ایک پریپیوڈی حالت ہیمینوں تک موجود رہے۔ بعض اوقات جلد پر چھوٹے چھوٹے دردناک اجمرا میلم نمودار ہو جائیں گے، بالخصوص ہاتھ کی انگلیوں کی خم پذیر سطحوں پر، اور چند روز دیگر پھر اوپر غائب ہو جاتے ہیں۔ یا ایک زیادہ گہرا درد ہوتا ہے، اور جسم یا جوارح کی عمیق تر بافتوں میں ایک نسبت بڑا اور الیم گومڑا جلد کے نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے، اور چند روز تک قائم رہتا ہے۔ ان کو آسٹر کے لقاط (Osler's spots) کہتے ہیں اور یہ تحت الحاد مرض میں بالخصوص تشغیمی اہمیت رکھتے ہیں۔ یہ غالباً سدا دی واقعات ہیں۔ شبکیہ میں اکثر نزفات دیکھے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ نفث الدم

اور رُفاف بھی ہو۔ سداوی اعمال غالباً بعض التهابی حالتیں بھی پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً التهابِ گردہ کی وہ قسم جو پہلے بیان کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 281) اگرچہ یہ مشکوک ہے کہ یہ التهابی حالتیں عروقی تسدک کا نتیجہ ہوتی ہیں یا دقیق عضویوں کے داخل ہو جانیکا۔ التهابِ گردہ یا منفعات کی وجہ سے البیومن بولیت اکثر واقع ہو جاتی ہے بعض وقتاً التهابِ عصبِ بصری موجود ہوتا ہے۔

ایک خاص گردہ اُن کم و بیش مزمن امابتوں کا ہے جنہیں تحت الحاد جراثیمی التهابِ دروں قلبیہ (bacterial endocarditis) یا بلی التهابِ دروں قلبیہ (endocarditis lenta) کہتے ہیں (19، 23، 24)۔ یہ مرض نامحسوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ مریض رفتہ رفتہ شاحب اور عذیم الدم ہو جاتا ہے، وہ انکسی میں مبتلا ہو جاتا ہے، تپش میں اکثر خفیف ارتفاعات ہوتے رہتے ہیں، جو اکثر درج فارن ہائٹ سے زائد نہیں ہوتے۔ انگلیاں میز طور پر گزر شکل ہو جاتی ہیں، اور لمحال بڑی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی نمشی (petechial) یا دوسرے سداوی علامات پائے جاتے ہیں، مثلاً خفیف البیومن بولیت ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے کہ قارورہ کے انخفاض سے دموی خلیات کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔ نقاط آسکرمض کی اس قسم کے لئے بالخصوص متمیز ہیں۔

جسیت التهابِ دروں قلبیہ کی مدت نہایت مختلف ہوتی ہے۔ اس کی بعض امابتیں، جن میں مستمر ارتفاع حرارت کے سوائے اور کچھ نہیں ہوتا، چھ یا سات ماہ تک جاری رہتی ہیں۔ تقیع الدموی یا شدید محرقی قسم کی حالتیں، یا وہ جنہیں التهابِ سحایا ہو، چند ہی ہفتوں یا دنوں میں ہلک ثابت ہوتی ہیں۔ موت عموماً قتلِ قلب، یا یوریا دمویت یا سدادیت کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔

تشخیص سے اس کا انحصار متغیر یا عفونی قسم کے ارتفاع حرارت، مصرعی مرض کی موجودگی، اوسدادیت کے تذکرہ بالا منظر ہر پدا ہوتا ہے۔ نیز نمایاں عدم دمویت اور التهابِ عصبِ بصری، جب یہ موجود ہوں، قیمتی امارات ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ ساری بیماری بھر میں خور موجود نہ ہو، اور اگر موجود ہو تب بھی یہ مصرعی مرض انفلوئنزاً تپ محرقہ، یا تمدن کے امکان کو خارج نہیں کرتا۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار

سدا دیوں کے وقوع پر ہی رکھنا پڑے۔ خبیث التهاب دروں قلبہ اکثر غلطی سے تپ حرقلہ سمجھ لیا جاتا ہے، لہذا امتحانات الترأقی (agglutination tests) عمل میں لانے چاہئیں۔ بعض تحت الحاد امابتوں میں لملال بڑھی ہوئی اور عدم دمویت اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ لملالی عداہم دمویت (splenic anaemia) کا شبہ پیدا ہوتا ہے۔ اس کا امکان اُس وقت اور بھی زیادہ ہوتا ہے جبکہ سرخ منشاست یا مخاطی جھلیوں کے نزقات موجود ہوں اور جبکہ خریقینی طور پر غیر عضوی ہو۔ عفونی التهاب دروں قلبہ سے ملیں یا کا گمان پیدا ہو سکتا ہے۔ مسلسل ارتفاع حرارت جس کے ساتھ صریح امارات نہوں، آغاز پذیر دخی متد تران (miliary tuberculosis) نیز خبیث التهاب دروں قلبہ دونوں کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد ان میں سے کسی ایک نہ ایک مرض کے مخصوص مقامی امارات مشاہدے میں آجانے چاہئیں۔

نون کا امتحان نبقات سبمیہ اور دوسرے عضویوں کے لئے کرنا چاہئے۔ انداز۔ یہ نہایت بُرا ہوتا ہے، اور محرقی یا تیغ الدموی قسم کی ایک نمایاں اصابت سے شفا یابی شاذ ہوتی ہے۔ اس کے برعکس، تحت الحاد جراثیمی التهاب دروں قلبہ کے حملوں کے بعد تخفیف ہو گئی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ مختلف وقفے کے بعد پھر واقع ہو جائیں۔

تخفیر۔ عفونی دانت نکال دینے کے بعد اس کی اصابتیں واقع ہو گئی ہیں بہت سے دانتوں کے نکالنے کے لئے سب سے زیادہ خالی از خطر طرز عمل یہ ہے کہ دندان ساز سے تمام دانتوں کو نہایت احتیاط کے ساتھ کھرچو اگر صاف کرایا جائے اور ایک ہفتہ کے بعد پھر ایسا کرایا جائے۔ اور پھر چند دنوں کے بعد تمام دانتوں کو جن کا نکال دینا ضروری ہے ایک ہی وقت میں نکلا دیا جائے۔ ایک وقت میں ایک ایک یا دو دو دانت کر کے عرصہ دراز میں دانتوں کے نکالنے میں یہ خطرہ ہے کہ مُنہ میں جو عفونی دانت پیچھے باقی رہ جاتے ہیں اُن سے زخموں کے سرایت زدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

علاج۔ بیشتر اصابتوں میں صریحاً اس سے زائد نہیں ہو سکتا کہ تخفیف مرض

کر دے۔ جیسا کہ تفتیح الدم میں کیا جاتا ہے، اگر کوئی زخم یا جلدی قرعہ (sore) ہو تو اسے عذیم العفونت کر دینا چاہئے، اور کوئین (۵ گرین) سوڈیم سلفو کاربونیٹ (۲۰ تا ۲۰۰ گرین) یا سوڈیم ہینز وائیٹ (۲۰ گرین) کی خوراکیں بار بار ویکر مرض پر اثر ڈالنے کی سعی کرنی چاہئے۔ چند اصابتوں میں ضد نفی سبھی مصل یا خود زاد جدرین کے تحت الجلدی اثراب سے اچھے نتائج مترتب ہوئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات خون میں کوئی دقیق عضویوں کا ملنا ناممکن ہوتا ہے، اور جب وہ پائے بھی جائیں اور جدرین تیار بھی کر لی جاسکے تو شاذ مستثیات کے سوائے وہ اکثر بیکار ہوتی ہے۔ جب عضویہ تفرید کر لیا گیا ہو تو ایک اور امید افزا طریقہ علاج یہ ہے کہ مریض کے کسی رشتہ دار میں اس کی تطعیم کر کے اس رشتہ دار سے مریض میں مناعی نقل الدم عمل میں لایا جائے۔ تریض اور غذا کے متعلق ان عام قواعد پر عمل کرنا چاہئے جو حامی حالتوں میں استعمال کئے جاتے ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو قابضات سے اسہال و افر کو روکا جاسکتا ہے۔ ہدیان شاذ ہی اس قدر تند ہوتا ہے کہ اس کے لئے کسی خاص علاج کی ضرورت پیش آئے۔ یہ قدرتی امر ہے کہ ہتیمات دئے جاتے ہیں، کیونکہ قلب کا فعل جلد ہی خطرناک طور پر متاثر ہو جاتا ہے۔

علامیہ جہد

(EFFORT SYNDROME)

(قلب کا غیر منتظم فعل - سپاہی کا قلب)

(disordered action of the heart, soldier's heart)

گذشتہ جنگ کے دوران میں جنگی جدوجہد کے وہ اثرات جو سپاہی کے قلب پر طاری ہوتے ہیں ہمیشہ زیر مشاہدہ و مطالعہ رہے۔ هزار سپاہی مختلف اوقات میں ایسے علامات کی بنا پر معذور خدمت قرار دئے گئے جن سے ایک کمزور قلب یا مرضی قلب کا پتہ چلتا تھا، اور ایسی مثالوں میں مریض کے قلبی یا دیگر ضرر کی نوعیت پر، اس ضرر کے بہترین طریقہ علاج پر، نیز مریض کی جنگی ملازمت کے

مستقبل کے اذار پر، یعنی اُس کی موقوفی یا خدمت پر بحال ہونے کے متعلق غور و غوض کرنا پڑتا تھا۔ اس موضوع پر اُس روڈاد میں بحث کی گئی ہے جو ٹی لویس (T. Lewis) نے مجلس تحقیقاتِ طبی کی خدمت میں پیش کی (خاص روڈادوں کا سلسلہ ۱۸، ۱۹، ۲۰)۔ اور اس اہم روڈاد میں اُن ایک ہزار سپاہیوں کے مطالعہ کے نتائج درج کئے گئے ہیں، جو قلبی عروقی نظام کے حقیقی یا فرضی نقص کی بنا پر دورانِ تربیت میں یا فاعلی جنگی خدمت کے زمانہ میں بیمار قرار دیئے گئے تھے۔

بحثِ اسباب - متعدد مختلف حالتوں میں (مثلاً تمدن، جو جنگی،

مصراعی مرضِ قلب، اور بعض دوسری ایسی حالتوں میں جن میں جسم کے اندر کوئی صریح ضرر موجود نہیں ہوتا) ایک متعین علاماتی مخلوط موجود ہوتا ہے، جسے علامیہ جہد کہتے ہیں۔ آخر الذکر قسم کی اصابت کو (یعنی جبکہ جسم میں کوئی دوسرا ضرر موجود نہ ہو) ”قلب کا غیر خنظم فعل“ کہتے ہیں۔ اس نام پر اعتراض کیا جاتا ہے، کیونکہ یہ صرف قلب ہی کیلئے اشارہ کرتا ہے اور اس طرح مریض پر ایک بُرا اثر پیدا کر دیتا ہے۔ لیوس کا میلان خیال یہ ہے کہ اس مرض میں خود قلب کا فعل ایک ذیلی کیفیت ہے۔

مطالعہ اور معالجہ سے پہلے اُن دوسرے امراض کی علامتہ کر دینا ضروری ہے جو یہی علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ بالخصوص مصراعی مرضِ قلب کے متعلق یہ سمجھا جانا چاہئے کہ اس میں اورطی یا مطرانی انبساطی اور پیش انکماش خریات ظاہر کرنے والی امتائیں شامل ہیں لیکن وہ اصابتیں شامل نہیں کہ جن میں انکماش خریات خواہ قاعدہ قلب یا راس پر موجود ہوں، کیونکہ اس قسم کے خریات کی اہمیت غیر یقینی ہوتی ہے۔ سپاہیوں میں انکماش خریات کی موجودگی شاذ ہی مصراعی مرض پر دال ہوتی ہے، اور اس حالت میں مصراع کو جو نقصان پہنچا ہوتا ہے وہ اکثر محض خفیف سا ہوتا ہے۔ مزید برآں صرف انکماش خریات کی بنا پر معذور الخدمت قرار دیئے ہوئے مریض امتحان کرنے پر تقریباً تمام مثالوں میں فاعلی خدمت کے قابل پائے جاتے ہیں۔

یہ عارضہ فاسکر قعودی پیشہ کے اشخاص میں پایا جاتا ہے، اور بالخصوص زیادہ ذہین کارکنوں کی جماعت میں ہوتا ہے۔ فطرتاً یہ لوگ زیادہ حساس ہوتے ہیں۔ ان میں منشیات سے قلعی پرہیز کا رواج ہوتا ہے (۲۵۴ مثالوں میں ۲۵ فیصد)۔

رہ راوی امراض کی روئداد نہایت شاذ ہوتی ہے، بلکہ اس کے برعکس اکثر استنباہیہ یعنی جلق زنی پائے جانے کا یقین ہوتا ہے۔

غالباً عصب تائیدیہ کا فعل غیر طبعی ہوتا ہے، جیسا کہ دوران تنفس میں شرح نبض کے تغیر سے ظاہر ہوتا ہے، اور بعض اوقات نبض نہایت آہستہ ہو جاتی ہے جس کے ساتھ غشی کے دورے ہوتے ہیں۔

نظام مشارکی، اڈرینالین (adrenalin) اور آپوکوڈین (apocodeine) سے اس سے زیادہ آسانی کے ساتھ متہتج اور مخفض ہو جاتا ہے کہ جتنا معمولی حالات میں ہوتا ہے۔ اس سے معلوم ہوتا ہے کہ قلبی تیزی کا سبب مشارکی ہیجان ہو سکتا ہے۔ اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ بیش درقیت (hyperthyroidism) اس کا سبب ہے۔ تجربات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ درقی کے استعمال کی برداشت یہ مریض بالکل اُسی طرح کر سکتے ہیں جس طرح کہ طبعی اشخاص۔

قلب میں طبعی امارات موجود نہ ہونے کے باوجود مریضوں میں رو تا زہمی و دلدلی کے ورود کی زیادتی اس امکان پر دلالت کرتی ہے کہ بہت سی اماتوں میں عضلہ قلب کا ابتدائی تغیر اس کا سبب ہو سکتا ہے۔ تاہم ورزش کے بعد فوراً مسدود قلبی قلب (heart block) ہونے کے آثار نہیں پائے جاتے، جیسا کہ برقی قلب بھکار سے ظاہر ہوتا ہے، اور یہ عموماً ایک قابل قدر امارت ہوتی ہے۔

خون کی کاشتیں منفی ہوتی ہیں۔

یہ اغلب نہیں معلوم ہوتا کہ تنباکو نوشی اس حالت کا سبب ہے، اگرچہ یہ ثابت ہو چکا ہے کہ تنباکو ان مریضوں میں شرح نبض کو اس سے زیادہ کر دیتا ہے کہ جتنی طبعی اشخاص میں ہوتی ہے۔ اولاً تو یہ حالت عام طور پر، دوسری ہندوستانی فوجوں کی طرح، سکھ سپاہیوں میں بھی پائی جاتی ہے جو کہ تنباکو نہیں پیٹتے۔ علاوہ ازیں تنباکو کا صرف عموماً غیر معمولی مقدار میں نہیں ہوتا، اور کافی حیرت انگیز امر یہ ہے کہ زیادہ تنباکو چہنے والے اس سے زیادہ فیصدی تعداد میں کام پر واپس آ جاتے ہیں جتنی تعداد میں کم چہنے والے آتے ہیں، گو کہ تنباکو مطلقاً نہ پینے والے اشخاص سب سے زیادہ اچھی حالت میں ہوتے ہیں۔ اس کی صریح وجہ یہ ہے کہ کم چہنے والے اشخاص

تبا کو کے اتنے مادی نہیں بنتے کہ جتنے زیادہ پیئے والے بن جاتے ہیں۔ اس میں کوئی شک نہیں کہ تبا کو نوشی اس حالت میں زیادتی کر دیتی ہے۔

ممکن ہے کہ اس حالت کا بنیادی سبب کسی قسم کا تسمم الدم ہو۔ اس حالت کا علاماتی مخلوط اس سے بہت مشابہ ہوتا ہے جو ابتدائی تھنک میں پایا جاتا ہے اور اکثر مابقی سہریت کی رو بہ دلتی ہے۔ ۵۰ تا ۶۰ فیصدی امایوں میں اس عارضہ کی پیدائش میں سہریتوں کے کارفرما ہونے کا شبہ درست معلوم ہوتا ہے۔

علامات - ”علامیہ جہد“ حسب ذیل علامات پر مشتمل ہوتا ہے۔ سانس پھولنا۔ یہ علامت ہمیشہ پائی جاتی ہے، بالخصوص صحت کرنے کے بعد۔ بیداری کے اوقات میں ۶۰ تا ۸۰ کی شرح تنفس کا پایا جانا کسی طرح بھی شاذ نہیں۔ دوران خواب میں شرح تنفس طبعی ہوتی ہے، اور اگر مریض آرام سے بستر پر لیٹا رہے تو یہ شرح عموماً نہیں بڑھتی۔ ۵۵ تا ۶۵۔ یہ مریضوں کی تقریباً تین چوتھائی تعداد میں پایا جاتا ہے، اور اس کی نوعیت پیش قلبہ پر بغیراری سے لیکر ذہنی توزیع رکھنے والے در تک اختلاف نہ ہوتی ہے۔ یہ خاص طور پر ورزش کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ خستگی ایک تقریباً مستقل علامت ہوتی ہے۔ سیل جہد کرنے سے پیدا ہوتی ہے، اور اس خستگی سے بدرجہا زائد ہوتی ہے جو ایک تندرست شخص میں تھکان کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ دوران سہر اور غشی۔ دوران سہر ایک تقریباً مستقل علامت ہے، اور تبدیل

وضع اور جہد کے ساتھ متلازم ہوتی ہے۔ غشی کے حملہ نسبت کم عام ہیں۔ اختلاج اکثر ہوا کرتا ہے، بالخصوص ورزش کے ساتھ۔ یہ عموماً مربع اور زوردار ضربات قلب کی وجہ سے ہوا کرتا ہے، اور اکثر مستزاد انکماشات کی وجہ سے یا کسی دیگر واضح قلبی بے نظمی کی وجہ سے نہیں ہوتا۔ تاہم مستزاد انکماشات ہوتے ضرور ہیں، اور تنفس کے ساتھ جو فی عدم توازن (sinus arrhythmia) کا وقوع غیر عام نہیں۔ درد سہر تقریباً ہمیشہ ہوا کرتا ہے۔ پسینہ آنا اور سردت جو ارج عام ہے۔ پلوکارپین (pilocarpine) کے لئے معیبت معمول سے زائد ہوتی ہے۔ مزاج کا چڑچڑاپن، بے خوابی، توجہ قائم رکھنے کی ناقابلیت، تزلزل، ہاتھوں کا رعشہ، اور تھما ہٹ عام ہیں۔ کسی بھی شکل میں اکمل لینے کے لئے بے رغبتی ہونا (جو بعض اوقات

تقویٰ کی بنا پر ہوتی ہے، لیکن اسی قدر عام طور پر گھٹن کے سبب سے بھی ایک اکثر الوٹو اور جھرتناک ایٹلاف سمجھنا چاہئے۔

طبعی امارت حسب ذیل ہیں :- قلب کی شرح کی زیادتی، وجہ بات ورزش، یا تبدیل وضع (مثلاً اضطجاعی وضع بدل کر کھڑی وضع میں ہو جانے) کی بحیثیت میں بالخصوص نمایاں ہوتی ہے۔ ایک ممتاز اور وسیع طور پر مسلمہ امارت یہ ہے کہ جہد کے بعد شرح نبض کی واپسی سست ہوتی ہے۔ جب مریض آرام میں ہو تو خون کا دباؤ عموماً طبعی ہوتا ہے، لیکن جذبات اور جہد کی بحیثیت مبالغہ کے ساتھ ہوتی ہے اور اکثر بلند مقروآت حاصل ہوتے ہیں۔ منتشر ضربۃ الراس عام ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ صدمہ کی قوت کی زیادتی ہو یا نہ ہو۔ یہ عموماً اتساع قلب کی طبعی امارت سمجھی جاتی ہے، لیکن صحیح ردن نگار (orthodiagraph) کے ذریعہ لاشعاعی امتحان کرنے سے ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی کوئی کلانی نہیں ہے، چنانچہ یہ امارت ناقابل اعتبار ہے۔ حقیقت میں قلب چھوٹا ہوتا ہے (56)۔ عمیق معکوساً عموماً زیادہ ہو جاتے ہیں۔ قارورہ ۶۰ فیصدی اصابتوں میں بیش تر شئی ہوتا ہے، اس کی مقدار کم ہو جاتی ہے، اور آمونیا اور آمینو ایسٹرز زیادہ ہو جاتے ہیں۔ ۲۰ فیصدی میں حجم بھی کم ہو جاتا ہے، اور قارورہ میں فاسفیٹس جم جاتے ہیں۔ آمونیا مقدار میں طبعی ہوتا ہے لیکن آمینو ایسٹرز زیادہ ہو جاتے ہیں۔ بحیثیت مجموعی قارورہ میں کیلیسیم آگزیلیٹ کی قلیس اکثر پائی جاتی ہیں، اور ۵۰ فیصدی اصابتوں میں صبح کے قاروروں میں کثیر التعداد حینات منویہ پائے گئے ہیں۔ خون میں سپید خلیتوں کی کثرت ظاہر ہوتی ہے، ان کا اوسط ۱۲،۰۰۰ فی کعب ملی میٹر ہوتا ہے، اور لمفی خلیات زیادہ ہو جاتے ہیں۔ سپید خلیتوں کی معمول سے زیادہ کثرت ورزش کے بعد مشاہدے میں آتی ہے، لہذا سائٹس زیادہ ہوتے ہیں، اور علامات کی شدت سپید خلیتوں کی کثرت کے ساتھ متوازی ہوتی ہے۔ برقی قلب نگار میں کوئی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتیں۔

انذار۔ عیارت ذیل کے ذریعہ یہ فیصلہ کیا جاسکتا ہے کہ آیا مریض آئندہ زمانہ میں صرف قوی کام کے قابل ہوگا۔ روماتزمی تپ کی سرگزشت، صحت کرنے پر

سانس کا مواظب شدت کے ساتھ پھولنا، پیش قلبی درد جو اتنا کافی شدید ہو کہ ورزش میں مزاحم ہو، ۱۲۰ یا زائد کی شرح نبض متی کہ اضطحابی وضع میں بھی، ایسے علامات جو سالہا سال سے موجود رہے ہوں، گو وہ محض معتدل شدت کے ہوں۔ مریضوں کے امتحان کا ایک طریقہ یہ ہے کہ انھیں تیس بیڑھیوں (steps) کے ایک زینہ پر چڑھنے دیا جائے، اور ان علامات کو دیکھا جائے۔ ۱۔ چہرہ پر تشویش کے آثار، شرج تنفس ۳۵ یا زائد، جو اس وقت بھی قائم رہے جبکہ مریض لیٹا ہوا اور اُس سے وقتاً فوقتاً سوالات کئے جا رہے ہوں، شرح نبض ایسی ہو کہ دو منٹ تک لیٹنے کے بعد بھی قبل ورزشی لیول اور اس میں ۵ ضربات سے زیادہ کا وقفہ ہو۔

جو اشخاص اب تک خارج نہیں کئے گئے ہیں، اُن سب کا علاج تدریجی ورزشوں سے کیا جاتا ہے۔ منتخب فوجی ورزشیں کام میں لائی جاتی ہیں، جن سے لوگ بڑی حد تک واقف ہوتے ہیں، اور ان کی تکمیل کے لئے ہلکے یا پورے سامان کے ساتھ منزلیں طے کرائی جاتی ہیں۔ یہ ورزشیں ترقی پذیر شدت کے ساتھ گروہوں میں مرتب کی جاتی ہیں، اور مریض ہر تیسرے یا چوتھے دن بلند تر درجہ میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ ورزشیں روزانہ پندرہ یا تیس منٹ تک جاری رکھی جاتی ہیں۔ فرائض کی انجام دہی کے لئے اشخاص کی جماعت بندی اس بنا پر کی جاتی ہے کہ بلند ترین درجہ کی ورزش جو وہ بلا تکلف برداشت کر سکتے ہوں کتنی ہے۔ آدمیوں کی جانبزداری کے لئے اوسطاً ڈیڑھ مہینے کا عرصہ ضروری ہوتا ہے۔ شفا خانہ سے خارج کردہ ۲۲۰ سپاہیوں میں سے ۱۸۲ (۸۳ فیصدی) ایسے تھے جو تین ماہ کے بعد کسی نہ کسی حیثیت سے پھر بھی کام کے قابل تھے۔

تحریر۔ اُن رگروٹوں کے لئے جن کا پیشہ قعودی رہا ہو ایک طویل اور تدریجی تربیت کی ضرورت ہے (کیونکہ یہی مریضوں کا ایک نہایت کثیر تناسب بناتے ہیں)۔ اسی طرح حمایتی عارضہ یا عوارض امعاء کے بعد ایک طویل ترقیہ ہست کی، اور ساتھ ہی کرر تربیت کے ایک تدریجی نظام کی ضرورت ہے۔

علاج۔ یہ مرایت کے مقامی مراکز کے خارج کر دینے (بوسیدہ دانقوں کے اکھاڑ دینے، لوزتین کے نکال دینے، وغیرہ) پر مشتمل ہوتا ہے۔ ایمیشن بسمتہ

آیو، آئیڈ (emetine bismuth iodide) کے ذریعہ معنی زحیرہ سرایت کے خارج کر دینے سے اس حالت میں بارہا تخفیف ہو گئی ہے۔ اگر علامت تازہ ہیں تو فوجی پریڈ اور ورزش سے کچھ موصدہ کے لئے آرام دنا مناسب ہے، مگر ستر پر آرام کرنا مضر ہے اور اس سے ہمیشہ احتراز کرنا چاہئے۔ استسفا نے اس صورت کے کہ جب شدید پیش قلبی درد دردمند یا دروازے پر موبد ہو۔ نفس کی صرخی ضرورت ہے، بالخصوص کھلی ہوا میں کام جیسے کہ باغبانی۔ مریضوں کی بہت اذی کے لئے ان کو یقین دلانا چاہئے کہ ان کا مرض شفا پذیر ہے، اور یہ کہ اصلاح و نفع طور پر معلوم ہو رہی ہے۔ قلب پر خاص توجہ نہیں دینی چاہئے۔ تباکو، حالت آرام کی شرح نبض کو اور ورزش کے بعد کی علامتوں کو بڑھا دیتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں برومائڈ زعفریہ ہوتے ہیں۔ اہم ترین علاج تدریجی ورزشوں کے ذریعہ سے ہے۔ ڈیجیٹالس سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

پیدائشی تشوہات

(CONGENITAL MALFORMATIONS)

قلب کے تشوہات، اس کے نمو کے نقائص سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ نمو طبعی طور پر اس وقت تکمیل کو پہنچتا ہے جب کہ قنات شرنائی (ductus arteriosus) اور سوراخ بیضوی (foramen ovale) کی سدودی واقع ہوتی ہے، جو کہ پیدائش کے چند روز بعد واقع ہوتی ہے۔ کسی درجہ میں بھی اس سدودی کے عمل کا ایقاف ہو جانے سے ایک پیدائشی تشوہ پیدا ہو جائے گا۔ بعض اوقات یہ ایقاف استقدر جلد واقع ہو جاتا ہے کہ قلب میں صرف دو ہی کھپے بننے پاتے ہیں، یعنی ایک اذین اور ایک بطن۔ یا تین کھپے بننے پاتے ہیں، یعنی ایک بطن اور دو اذین لیکن اسی حالتیں نہایت شاذ ہوتی ہیں، اور ان کو ٹھاہر کرنے والے بیشتر بچے پیدائش کے بعد تھوڑے ہی عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔ ریوی ضیق (pulmonary stenosis) اور بین بطنی فاصل (interventricular septum) میں سوراخ کا اجتماع، ایک عام ترین صوبہ ہے۔ یہ ضیق یا تو ریوی معامات کے جڑا جانے سے، یا ان کے عین نیچے کے

ملقہ کے تضیق سے، یا خود قمع (infundibulum) کے تضیق کی وجہ سے، یا قمع اور بطین کے درمیان ایک نامکمل فاصلہ ہونے کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ کیتھ (Keith) کی رائے ہے کہ ایسی حالتیں ہمیشہ نقائص نمو کی وجہ سے یا بصلۃ قلب (bulbus cordis) کے نہ پھیلنے سے ہو کرتی ہیں، اور دروں رحمی التهاب وں قلبہ (intrauterine endocarditis) کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتیں۔ اگر دائیں بطین کا مخرج جنینی زندگی میں اس طرح مسدود ہو جائے تو اس کہفہ کے اندر کا دباؤ اسوجہ سے کم ہو جائے گا کہ خون بین بطینی فاصلہ کے سوراخ میں سے بہ کر بائیں بطین کے اندر چلا جائیگا۔ اور ایسی صورت میں یہ فنتہ مستقلاً باقی رہ جاتا ہے۔ نو کے اس مرحلہ کے لحاظ سے جس میں یہ ایقاف واقع ہوا ہے، ممکن ہے کہ یہ سوراخ نہایت بڑا ہو یا اس کے خلاف بالائی حصے میں محض ایک انتغاب ہی ہو۔ اس آخر الذکر حالت میں یہ رورن جزو غشائی (pars membranacea) میں واقع ہوتا ہے۔ جب سوراخ بڑا ہوتا ہے تو اور لمبی اکثر دائیں بطین سے یا دائیں اور بائیں دونوں بطینوں سے نکلا ہوتا ہے، اور سوراخ بیضوی یا ثریانی قنات یا یہ دونوں نفوذ پذیر ہوتے ہیں۔ ریوی ضیق اور سوراخدار بین بطینی فاصلہ دونوں الگ الگ بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ چند شاذ اصابتوں میں دونوں بطینوں کے درمیان کا راستہ دائیں عقبی مصراع سے نیچے نہیں بلکہ اگلے اور لمبی مصراع (کہ جس کے اوپر دائیں اگیلی ثریان نکلتی ہے) سے نیچے پایا گیا ہے۔ ایسی صورت میں وہ جزو غشائی کے سامنے ہوتا ہے اور دائیں بطین کے قمع کے اندر وا ہوتا (27)۔

بعض اوقات اور لمبی دہنہ یا ایک اُذینی بطینی دہنہ کا تضیق یا انطکاس واقع ہو جاتا ہے جو کہ دوران خون کے قمر اور قلب کے طبعی نمویں مداخلت واقع کرتا ہے۔ اور اور لمبی اور ریوی ثریان کی مکمل معکوس وضعیت (transposition) اور عروق کی دوسری پیچیدہ معکوس وضعیتیں بھی پائی گئی ہیں۔

ممکن ہے کہ قنات ثریانی اور سوراخ بیضوی غیر مسدود رہ جائیں اور یہ بلا کسی صریح سبب کے ہو (غالباً یہ پیدائش کے وقت دوران خون میں ایک عارضی تسدد ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے)۔ تاہم سوراخ بیضوی کا کم و بیش انفتاح تقریباً ۳۰ فیصد

تندرست شخصوں میں بھی واقع ہوتا ہے اور ایسی صورت میں ایک شقی محض یا تنگ مصراع دار فتح ایک کہنہ میں سے دوسرے کہنہ میں خون کے گزرنے کا امکان پیدا نہیں کرتا۔ ممکن ہے کہ اور طئی یا ریوی شریان میں تین سکمانا مصراع ہونے کے بجائے صرف دو ہی ہوں یا چار ہوں۔ یہ تغیر دوسرے تشوہات کے ساتھ پایا جاسکتا ہے، لیکن اگر تہنایہ ہی ہو تو وہ مابعد زندگی کے مرض کا سنگ بنیاد رکھتا ہے اور پیدائش کے وقت مہکلات پیدا کر دینے کا رجحان کم رکھتا ہے۔

امراضیات - قلب کا نمو موقوف یا ناقص ہونے کے سبب کے متعلق درحقیقت اس سے زیادہ کچھ معلوم نہیں جتنا کہ جسم کے دوسرے حصوں کے پیدائشی تشوہات کے متعلق معلوم ہے۔ پیدائشی مرض قلب کے تمیز ترین علامات میں سے ایک علامت نہر اراق ہے اور وہ ذراق نو مولود (morbus caeruleus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ عمومی ذراق کے سبب پر بعض تازہ مشاہدات سے روشنی پڑتی ہے (14)۔ (۱) ذراق کا سبب یہ ہو سکتا ہے کہ محیطی شعریات میں خون کا سست دوران ہو اور اس کے نتیجے کے طور پر واپس آنے والے خون میں اس سے کم آکسیجن موجود ہو کہ جتنی معمولی طور پر ہوتی ہے۔ (۲) یا یہ ہو سکتا ہے کہ شریانی خون آکسیجن سے کال طور پر سیر شدہ ہو۔ بلاشبہ ان دونوں حوال کا اجتماع ہو سکتا ہے اور اگر خون کے سُرخ خلیے زیادہ ہو گئے ہیں تو ذراق اور بھی شدید ہو جاتا ہے۔ ایک باریک سولی کے ذریعہ کبیری یا عضدی شریان سے براہ راست لئے ہوئے خون کے آکسیجن مافیہ (oxygen content) کی تعین ظاہر کرتی ہے کہ بلاشبہ نمایاں اساتوں میں کسی قدر شریانی بے سیری بھی موجود ہو سکتی ہے، تاہم اکثر اسباب مرض قلب کے ذراق کا خاص سبب محیطی رکود ہی ہے۔ شریانی خون میں آکسیجن کی معمول سے بھی کم مقدار کا موجود ہونا ان اسباب کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (الف) پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں کوئی رکاوٹ ہو جیسی کہ آذیما ذات الریۃ، شمی شنج یا مزمن ریوی مرض میں واقع ہو سکتی ہے۔ (ب) کثرتِ خلیات احمر انتہائی ہو اور خون ریوی شعریات کے اندر اتنے عرصہ تک نہ بہتا ہو کہ جس سے تمام حیوانات معمولی طور پر سیر شدہ ہو جائیں۔ (ج) نہریانی خون پھیپھڑوں اور ندائی بریدوں سے آنے ہوئے خون کا آمیزہ ہو جیسا کہ سوراندیٹینی

فاصل یا مفتوح سورخ بیضوی اور متلازم پیدائشی ریوی ضیق کی حالت میں واقع ہو سکتا ہے۔ پھیپھڑوں کے اندر خون کی سُرست رقتاری جیسی کہ اکتسابی مرض قلب میں ہو کرتی ہے، بذاتہ خود اس امر کا رجحان رکھتی ہے کہ شریانی خون کی سیری کی تکمیل کر دے، کیونکہ ایسا صورت میں آکسیجن کے اخذ کئے جانے کے لئے بہت وقت حاصل ہوتا ہے۔ پیدائشی مرض قلب کی بعض اصابتوں میں جن میں زراق نمایاں درجہ کا تھا، یہ پایا گیا کہ شریانی خون آکسیجن سے صرف ۷۰ تا ۸۰ فی صدی کی حد تک سیر شدہ تھا۔ جب مریض نے ایک چھوٹا اور مصراعوں کے ذریعہ سے نصف گھنٹے تک خالص آکسیجن کا استنشاق کیا، تو یہ سیری ۹۰ فی صدی سے ذرا ہی زیادہ ہو گئی۔ ایسا ہونا اس امر کی تغلیط نہیں کرتا کہ شریانی خون ریوی اور ریوی خون کے آمیزے سے مرکب ہے، کیونکہ آکسیجن دے کر اس کی سیری کامل طور پر کر دینا نامکن تھا۔ ساتھ ہی پیدائشی مرض قلب میں محیطی رکود بھی ایک جزو عامل کے طور پر موجود رہ کر زراق کو زیادہ کر دیتا ہے۔

عام ضرر ریوی ضیق کے ساتھ ایک سو اخذ ارفاصل کا جمع ہونا ہے۔ بعض اوقات ضیق اتنی انتہائی ہوتی ہے کہ اس راستہ سے پھیپھڑوں تک نہایت تھوڑا خون پہنچ سکتا ہے۔ تقریباً وہ سب کاسب اور طلی کے اندر چلا جاتا ہے اور بائیں بطن سے آنے والے خون کے ساتھ شامل ہو جاتا ہے۔ ان انتہائی اصابتوں میں شبی شرا میں تسع ہو جاتی ہیں اور پھیپھڑوں میں خون کی ایک خامی رسد ان تنہات کے ذریعہ سے پہنچ جاتی ہے جو شبی شرا میں اور ریوی شریان کی چھوٹی شاخوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایک اصابت میں ریوی مصراع بالکل سدود پایا گیا اور ریوی رقبہ پر کوئی انکماش خیر نہیں مائی دیتا تھا۔ مریض نہایت نیلا تھا۔ قلب معمول کے نسبت ذرا ہی سا بڑا تھا، کیوں کہ تمام خون اور طلی کے اندر چلا جاتا تھا اور کوئی زائد از معمول مزاحمت نہ تھی (14- اصابت ۱۱)۔ اگر ریوی مصراع باوجود متضیق ہونے کے مفتوح ہو تو اور طلی کے اندر کم خون جائے گا۔ دایا بطن بیش پروردہ اور تسع ہو سکتا ہے، اور ریوی رقبہ میں ایک انکماش خیر شاید ایک ذنبہ ہو گا۔ بعض اصابتوں میں یہ قصر و در ایک سو اخذ ارفاصل کے ذریعہ نہیں بلکہ ایک مفتوح سورخ بیضوی کے ذریعہ عمل میں آتا ہے۔ اگر ریوی مصراع طبعی حالت میں ہے، تو مفتوح سورخ بیضوی یا مفتوح سورخ فاصل کوئی فعلی اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس

صورت میں ایسی کوئی چیز نہ ہوگی جو خون کو معمولی طریقہ پر پھیپھڑوں کے اندر سے ہو کر گزرنے میں مانع ہو۔ زیادہ سے زیادہ یہ ہوگا کہ معمولی خون بائیں بطن میں سے دائیں میں چلا جائے اور اس طرح پھیپھڑوں میں سے دوسری بار سفر طے کرے۔ ایک مفتوح قنات شریانی، جو ریوی ضیق اور سوزا خدار فاسل کے ہمراہ پائی جائے، مخلوط شریانی خون کے پھیپھڑوں میں سے ہو کر گزرنے کے لئے ایک مزید راستہ مہیا کر دے گی۔ اگر وہ الگ موجود ہو تو اس کی کوئی فعلی اہمیت نہ ہوگی۔

علامات۔ جب زراق موجود ہوتا ہے تو وہ چہرے کے ابھرے ہوئے حصوں یعنی رخساروں، لبوں، ناک، اور کانوں میں، اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں میں نمایاں ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں وہ صرف اس سے زیادہ شوخ سرخی ہوتی ہے کہ جتنی طبی سرخی ہوتی ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں وہ تقریباً سیاہی کی حد تک ارغوانی ہوتی ہے، اور اگر کوئی زور لگایا جائے تو اس سے عروق کا پھولنا فی الفور زیادہ ہو کر ارغوانی رنگ زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ اس مرض کے متعلق یہ ایک حیرت ناک واقعہ ہے کہ گوزراق انتہائی درجہ کا ہوتا ہے تاہم بحالت سکون مریض کی سانس نہیں پھولتی۔ مزمن رکود ماؤف حصوں کی و باز تسمید اگر دیتا ہے، اور ناک اور لب موٹے ہو جاتے ہیں اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے فغری سلامیات (ungual phalanges) اس سے بہت زیادہ موٹے ہو جاتے ہیں کہ جتنے انگلیوں کے بقیہ حصے ہوتے ہیں، یعنی ”وہ گرد شکل“ ہو جاتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔ خون میں سرخ جسامات کی وہ حیرت ناک زیادتی (کثرت خلایات احمر) پائی جاتی ہے، جو زراق کی بہت سی قسموں میں پائی جاتی ہے۔ چنانچہ ان جسامات کی تعداد ۱۰۰۰۰۰۰ سے ۹۰۰۰۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر پائی گئی ہے، اور ممکن ہے کہ ہیموگلوبن طبی کی ۱۱۰ فی صدی سے لے کر ۱۶۰ تک پہنچ جائے۔ بعض اوقات دورانِ سرِ غشی، تشجات اور بیہوشی میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ چونکہ آسانی سے بھرطاری ہو جاتا ہے لہذا وہ زیادہ محنت کے ناقابل ہوتا ہے۔ نیز وہ مری اور تکشف کی خاص جس پذیرری رکھتا ہے اور نازلتی التهاب شبات کے حملوں میں آسانی مبتلا ہو جاتا ہے۔ آخری وجوں میں ٹانگوں کا ”ذیما“، استسقاء شکمی، بڑھا ہوا جگر، اور البیومن بولیت پائی جاتی ہے۔ یا مریض شعبی التهاب کا شکار ہو جاتا ہے۔ یا شش کا

تدریجی مرض، موت کا سبب ہوتا ہے۔

طبیعی امارات - نہایت عام طور پر ایک انکماش خریہ سناؤ دیتا ہے جو پیدائشی ریوی ضیق میں ریوی رقبہ پر بلند ترین سناؤ دیتا ہے، لیکن وہ متصلہ فضاؤں پر بھی سناؤ دے سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ایک ذبذبہ بھی ہو۔ قلب کے دائیں جانب کے اتساع اور پیش پرورش کی وجہ سے اسمیت عظم القص کے دائیں جانب تک پھیل سکتی ہے۔ خالص ریوی ضیق میں یہ نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ اگر ضرر صرف فاصل کا سوراخ ہی ہے تو عظم القص کے قریب تیسری دائیں فضا میں اتم شدت کا ایک انکماش خریہ ہوتا ہے، جو باہر کے طرف منتقل ہوتا ہے، اور اکثر ایک ذبذبہ بھی ہوتا ہے، لیکن ذرا ق نہیں ہوتا۔ مفتوح قناتہ شریانی اکثر ایک طویل خریہ پیدا کر دیتی ہے، جو انکماش اور انبساط میں جاری رہتا ہے اور اپنی بلندی میں مدوجز ظاہر کرتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰، ۵ صفحہ ۲۲۰)۔

پیدائشی مرض قلب کی مختلف قسمیں لاشعاعی امتحان کرنے پر مخصوص و متمیز ملتا ہے پیش کرتی ہیں۔ مثلاً خالص ریوی ضیق میں جو نادر الوقوع ہے، دائیں بطن کی پیش پرورش اور دائیں اُذین کے اتساع کے باعث قلب کی شکل میسر ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲) لیکن ہے کہ تسدد کے مقام سے آگے ریوی شریان کا اتساع ہو۔ اس کا سبب بالکل غیر واضح ہے، لیکن یہ امتحانات بعد المات میں کئی بار دیکھا گیا ہے۔ ریوی ضیق کے ساتھ فاصل کے سوراخ کے معمولی اجتماع میں قلب کی بائیں اور دائیں دونوں جانبیں بڑھی ہوئی ہو سکتی ہیں۔ لیکن اس کے برعکس ممکن ہے کہ جماعت قلب میں کوئی قابلِ ثبات تغیر نہ ہو۔

انذار - پیدائشی تشوہات ہمیشہ ناموافق ہوتے ہیں۔ شدید نقائص والے مریض صرف چند گھنٹوں یا دنوں تک زندہ رہتے ہیں۔ دوسرے جو خفیف تر درجہ کے ہوتے ہیں، پانچ دس یا بیس سال تک زندہ رہتے ہیں۔ کبھی کبھی نہایت ناقص النمو قلب والے اشخاص بھی ادھیڑ عمر کو پہنچ گئے ہیں۔ کسی وی ہوئی حالت میں انذار کا انحصار تشوہ کی نوعیت کے بجائے زیادہ تر قلبی کارکردگی کے ثبوت پر ہونا چاہئے۔ علاج - یہ مریض مرض قلب کے علاج سے مماثل ہے۔

امراض تہامور

(DISEASES OF THE PERICARDIUM)

التهاب تہامور

(pericarditis)

اسباب - تہامور کا التهاب ایک عام دموی سرایت کا نتیجہ ہو سکتا ہے، یا وہ مقامی خراش سے واقع ہو سکتا ہے یا قرب وجوار سے براہ راست پھیلنے والی سرایت سے واقع ہو سکتا ہے۔

پہلی جماعت کی امیابتوں میں حاد و ماتزم نہایت اکثر الوقوع سبب ہے۔ لیکن مرض مذکور مرض برائٹ، تیقح الدم، سپید دموییت (leukæmia)، انفلوئنزا، اور عام ریوی نتیجی سرایت میں اور عفونت الدم اور تسمم الدم کی دوسری حالتوں میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے مقامی اسباب یہ ہیں :- کہنفہ کے اندر سرطانی گریہوں کی بالیدگی اس کے اندر پھوڑوں اور کیستی دویروں کا انشقاق، کسی منبع سرایت، مثلاً دہسید یا ذات الریہ کا قرب۔

289

مرضی تشریح - اگر ہم حاد و ماتزم کے دوران میں ہونے والے تہاموری التهاب کو ایک مثال تصور کریں تو ہمیں اس میں مندرجہ ذیل تغیرات ملتے ہیں :- ابتدائی درجہ میں جملی اپنی چلنی جلاد اسطح کو کھوکڑیا دہ عروقی بن جاتی ہے، جس کی وجہ سے وہ عروق کے ایک باریک جال سے مترب ہوتی ہے۔ اس کے بعد عروقی دمویہ سے جیہاتی عناصر اور فائبرین کا ارتشاح ہونے کی وجہ سے لطف کے کچھ ڈورے نظر آتے ہیں، اور تہامور پران کی ایک مکمل تہ بن جاتی ہے۔ مکن ہے کہ بالآخر اس جملی کی یہ حالت ہو کہ دونوں مقابل سطیہیں لیف کی پل یا پلہ ایچہ دبازت کی ایک تہ سے جدا ہوں، جو اتنی کافی نرم ہوتی ہے کہ جہاری اور حشائی جملیاں ایک دوسرے سے علیحدہ کی جاسکتی ہیں، اور لیف کا قوام اکثر ایسا ہوتا ہے کہ ان سطیوں کی علیحدگی سے ایک عجیب و غریب شہدہ کے چیتے جیسا یا جال دار منظر

باقی رہ جاتا ہے۔ عموماً اسی کے ساتھ کسی قدر مصل بن جاتا ہے، جو زرد رنگ کا، اور بیامی خاصہ کی وجہ سے گدلا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ بہت بڑی مقدار میں جمع ہو کر تاء مور کی دونوں تہوں کو ایک دوسرے سے اور بھی علیحدہ کر دے، اور اس سے ممکن ہے لف کے لمبے پشیم دار زائڈ سے ایک سطح سے دوسری سطح تک بن جائیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ سیال عموماً غائب ہو جاتا ہے، اور لف یا تو خود بخود جذب ہو جاتا ہے یا اس کا بعضی واقع ہو جاتا ہے، اور وہ پیشی کی جدائی اور حشانی تہوں کو کم و بیش مکمل طور پر باہم متحد کر دیتا ہے، اور اس طرح منقسم تاء مور کا سبب بنتا ہے۔

دوسری سرایتوں اور بالخصوص قیح الدم اور عفونت الدم میں تاء مور کا سیال مافیہ مصل کے بجائے ریم ہوتا ہے اور اس طرح سرخی یا قیچی التهاب تاء مور (purulent or suppurative pericarditis) پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر عضلہ قلب کے خراج سے شاموی طور پر ہوا کرتا ہے، جس کا اکثر لمبی بڑیوں کے حادثہ کے بعد پیدا ہونا معلوم ہے۔ بعض اوقات التهابی تلوین کے اندر کے نو ساختہ عروق پھٹ جاتے ہیں اور منشاءات یا زف کی نسبت بڑی چلتیاں عملی کی سطح کو ڈھانک دیتی ہیں، اور اس طرح نوزی التهاب تاء مور (haemorrhagic pericarditis) پیدا کر دیتی ہیں۔ اور کبھی کبھی اس نئی ساخت میں اور قلب کی سطح کو ڈھانکنے والی عملی عملی میں دونوں میں درنے بن جاتے ہیں۔ اسے تدرنی التهاب تاء مور (tuberculous pericarditis) کہتے ہیں جو عمومی تدرن کا ایک جزو ہوا کرتا ہے۔

التهاب تاء مور کے دقیق عفویہ اس کے مباد کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ علی الاکثر نبقات سمیہ، نبقات عنبیہ، نبقات ریویہ اور نحقیات درنیہ پائے جاتے ہیں۔ پائٹن (Poynton) اور پین (Paine) نے روماتزم کے التهاب تاء مور میں اپنے اپنے روماتزمی ڈونبقیات پائے۔

دوران خون پہلا شو۔ کوہنیم کے حیوانی تجربات ظاہر کرتے ہیں کہ دوران خون پر ہونے والے اثر کا انحصار تاجہ تاء مور کی اندر کے تناؤ پر ہوتا ہے۔ جب سیال کا اثر اب آہستہ آہستہ کیا جائے تو دباؤ ایک معین نقطہ تک پہنچے پز شریانی دباؤ کم اور وریدی دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ بحیثیت ایک پمپ کے یہ قلب کی عملی ہونی کار کردگی کی علامت ہے۔

یعنی یہ کہ ہر ضرب کے ساتھ قلب کی برآمد کم ہو گئی ہے۔ تاء مور کے اندر دباؤ جس قدر زیادہ ہوگا، یہ برآمد اسی قدر کم ہوگی۔

طبیعی آمارات۔ چونکہ التهاب تاء مور اکثر، روماتزم جیسے، کسی ساری مرض کے دوران میں پیدا ہو جایا کرتا ہے لہذا ممکن ہے کہ اس کے علامات ان امراض کے علامات سے بالکل پوشیدہ ہو جائیں کہ جن کے دوران میں التهاب تاء مور پیدا ہو گیا ہے اور اس کی موجودگی صرف اصوات قلب کے تغیر سے اور دوسرے طبیعی آمارات سے ظاہر ہو جو وہ پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن یہ عموماً مخصوص و متمیز ہوا کرتے ہیں۔ اولاً تاء مور کی دگم موجود ہوتی ہے، جس کا بیان امتحان قلب کے تحت کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ابتداءً نرم ہو، لیکن چند لمحوں کے بعد آواز بلند تر، کرخت تر اور درشت تر ہو جاتی ہے اور پھر پیش قلبی خط پر ہاتھ رکھنے سے یہ فرق اکثر محسوس کیا جاسکتا ہے۔

اگر تاء مور کے اندر مایع کا انصباب ہو جائے، جیسا کہ بار بار ہوا کرتا ہے، تو پیش قلبی اہمیت زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ اوپر کے طرف تیسری پسلی کے بالائی کنارے یا دوسری پسلی کے بالائی کنارے یا ترقوہ بڑی تک پھیل جاتی ہے۔ وہ دائیں طرف عظم القص سے اسے یازدہ انگے تک پھیل جاتی ہے۔ اور بائیں طرف ممکن ہے کہ وہ بغل کے اندر تک پہنچ جائے۔ یہ پیش قلبی اہمیت کم و بیش مثلثی شکل کی ہوتی ہے، اس طرح پر کہ اس کا چوڑا قاعدہ ڈائفرام پر ہوتا ہے، اور اس جو گول ہو جاتا ہے، عظم القص کے بالائی حصے اور بائیں بالائی بین الاضلاع فضاؤں میں۔

جوں جوں یہ سیال بڑھتا جاتا ہے صدم القلب منتشر ہو جاتا ہے۔ یہاں التهاب تاء مور اور ذات الجنب کے درمیان ایک اہم فرق کا ذکر کرنا ضروری ہے اور وہ یہ ہے کہ فرق کی آواز کے وقوع پر مانع کے انصباب کا اثر ان دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ذات الجنب میں جس وقت مایع کا انصباب ہوتا ہے ذات الجنبی فرق کی آواز غائب ہو جاتی ہے۔ التهاب تاء مور میں فرق کی آواز عموماً دوران مرض میں از ابتدا سا انتہا قائم رہتی ہے، بلکہ پھیلائی کے انتہائی تمدد کے زمانہ میں اور مایع کے مابعد انصباب کے دوران میں بھی۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ سیال بالخصوص قلب کے پیچھے جمع ہو جاتا ہے، (کیونکہ فیض شیت کے بل لیٹا رہتا ہے) اور سامنے کی طرف تاء مور کی دونوں ملہب سطہیں

ایک دوسرے سے رگڑتی رہتی ہیں۔

ماء موری انصباب اکثر بائیں شش کے قاعدہ کو مضبوط کر دیتا ہے، جس سے قوع کرنے پر ایک احم آواز اور استماع کرنے پر ششی تنفس پایا جاتا ہے۔

التهاب تاء مور کا ایک دوسرا نتیجہ بعض اصابتوں میں ڈانفرام کے فعل کا امتناع ہوتا ہے۔ یا تو شکمی تنفس کے حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، یا دوران رشتیق میں متورڈی پس روی ہو جاتی ہے، جس میں بالائی شکمی اختار اور قلب کی اوپر کی طرف حرکت اور پیچیدگیوں کے قاعدوں کا بھوٹ واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ معدے اور قولون کا تمدد واقع ہو جائے۔

علامات - مقامی علامات، جو التهاب تاء مور اور تاء موری انصباب کے ساتھ ہوجھ سکتے ہیں، یہ ہیں :- درد، پیش قلبیہ کے مقام پر گھبراہٹ یا تکلیف اس خط پر دبانے سے ایلیت، سانس کا پھول جانا، معدہ غیر عمیق تنفسات اور مختصر روکھی کھانسی کے۔ ممکن ہے کہ نبض ابتداءً زیادہ متاثر نہ ہو، لیکن وہ جلد ہی تیز تر ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ روماتزم جیسے حائی مرض کے دوران میں واقع ہونے والا التهاب تاء مور سابق الوجود تپ میں کوئی معتدیہ اضافہ نہ کرے، لیکن کبھی کبھی اس کے سرخ حملہ کے ساتھ شدید ارتفاع تپیش ہو جاتا ہے، مثلاً ۱۰۵ درجہ یا ۱۰۶ درجہ تک۔ اور دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ اس کے ساتھ تپ کی معمولی حالتیں ہوں، جیسے کہ عدم اشتہا، خشک زبان، تشنگی، اور قلیل المقدار بول۔

خراب ترین اصابتوں میں قلبی ضعف زیادہ ہو جاتا ہے، نبض غیر منتظم اور زرفنی ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ نبض متناقض (pulsus paradoxus) (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۲۶) کی شکل اختیار کر لے، پیش قلبی درد شدید ہوتا ہے، اور چہرہ اتر ا ہوا اور پیکا ہوا ہو جاتا ہے۔ اور مریض اولی طور پر فصل قلب سے مر جاتا ہے، جس کے ساتھ کبھی کبھی تشنجات ہوتے ہیں اور کبھی کبھی کوما۔ لیکن مٹالوں کی غالب تعداد میں علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔ اہمیت کم ہو جاتی ہے لیکن رگڑا کر آخری درجہ تک قائم رہتی ہے۔ التهاب تاء مور کے تغیرات بہ سرعت واقع ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ انصباب دویا تین ہی دن کے اندر درجہ کامل کو پہنچ جائے، اور مزید تین یا چار دنوں میں تخفیف

عمل خوب جاری ہو جائے۔

تقیی تدرنی، اور نرنی التهابات تادمور اپنے علامات اور طبیعی امارات میں الال

مختلف نہیں تشخیص۔ معمولی حالات میں اس میں کوئی مشکلات نہیں پیش آتے، اور فرک کی دہری یا سہ گونہ آواز نہایت تمیز ہوتی ہے۔ تادموری انصباب کی تشخیص ہمیشہ آسان نہیں ہوتی، کیونکہ ایک شمع قلب سے اس کی مماثلت پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ اسی رشمیتی زہر سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جس نے التهاب تادمور پیدا کر دیا ہے۔ انصباب کی تشخیص میں جب ذیل امارات سے تائید حاصل ہوتی ہے:- احمیت کا بائیں طرف صدم القلب سے باہر تک اور اوپر کے طرف دوسری پسلی یا اس سے بھی اوپر تک پھیل جانا، اور بائیں قاعدے پر پچکاؤ کے امارات۔ مکن ہے کہ رانجنی شعاعیں قلب اور تادمور کے سایہ کو باہر ٹھیک بائیں ضلعی دیوای تک، اور اوپر پہلی فضا کے اندر، اور واسنے طرف یعنی تک ظاہر کریں، جس کے ساتھ نبضان برائے نام یا بالکل نہوا اور ایک بڑے انصباب کی حالت میں بعض اوقات قلب کا سایہ ایک نسبتہ ہلکے سایہ کے حلقہ کے اندر دکھلائی دیتا ہے جو تنہا پھولے ہوئے تادمور کی وجہ سے ہوتا ہے۔

انذار۔ التهاب تادمور بحیثیت مجموعی فوری طور پر ہلک مرض نہیں۔ مکن ہے کہ وہ اتنا خفیف ہو کہ دستور العملی امتحان کے دوران میں یہ صرف مسمع الصدر سے شناخت ہو اور رشمیتی تب میں واقع ہونے والی اصابتوں کے بڑے تناسب میں یہ التهاب رفع ہو جاتا ہے۔ تادموری تہوں کا انضمام جو اکثر پیدا ہو جاتا ہے، بذاتہ ایک خطرہ بن سکتا ہے۔ اس کے برعکس ان ”لبنی نقطوں“ کے عام ہونے سے جو امتحانات بعد المات میں قلب کی سطح پر پائے جاتے ہیں، اس امکان کا اشارہ ہوتا ہے کہ التهاب تادمور کے خفیف حملے اکثر اوقات ہو کر پورے طور پر رفع ہو جاتے ہیں۔ لبنی نقطے اکثر محض فرک کا نتیجہ سمجھے جاتے ہیں۔ لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ آخر الذکر بلا کسی درجہ التهاب کے کیونکر واقع ہو سکتا ہے۔ مکن ہے کہ بعض نقاط کو فستکی (bruising) کا نتیجہ ہوں جو ضرب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ مرض برائش میں اور دوسری مزمن مضعفی حالتوں کے تلازم میں، بیماری کے اختتام کے قریب اکثر التهاب تادمور واقع ہو جاتا ہے، اور پھر موت واقع

کرنے والا ضرر معلوم ہوتا ہے۔ لیکن ایسے حالات میں بھی اس کے طبیعی امارات موت سے پہلے بالکل غائب ہو سکتے ہیں، یا اگر وہ باقی رہتے ہیں تو بھی اس سے ہلکے نتیجے کے وقوع کا اسراع ہوتا نہیں معلوم ہوتا۔ نتیجی تہاموری الہتاب میں خطرناک انداز بتانا چاہئے، اور ذات الریہ یا دیبلہ کے دوران میں بنی ریوی الہتاب تہامور کا وقوع عموماً ہلکے ہوتا ہے، لیکن سٹریٹ - ٹیلر (Sir F. Taylor) کو ایک ایسے مریض کا علم تھا جس میں دو ہرے دیبلہ کے ساتھ الہتاب تہامور تھا اور وہ مریض شفا یاب ہو گیا۔ مادہ ثنیتہ میں الہتاب تہامور دروں قلبیہ اور عضلہ قلب دونوں کے کیقدر الہتاب کے ہمراہ پایا جاتا ہے اور ان کو پوشیدہ کرتا ہے، اور ان دونوں کے خراب اثرات بعد میں نمود یاب ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ الہتاب تہامور کا علاج زیادہ تر تخفیف کن (palliative) ہوتا ہے۔ دوسرے مادہ الہتبات کی طرح اس کا تدارک بھی مریض کو بستر میں لٹائے ہوئے یا آدھی لیٹی ہوئی وضع میں رکھ کر کامل آرام و سکون کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ نیز اسے مغذی و دودھ مضغ غذا دی جائے اور اسے بولنے چلنے اور جوش و خروش سے محترز رکھا جائے۔ رشتہ کی حالت میں ابتدائی مرض کے علاج میں غالباً ان حالات کو پہلے ہی ملحوظ رکھا گیا ہوگا۔ نہایت شدید درد کے لئے پیش قلبیہ پرچھ یا آٹھ جونکس لگا دی جائیں۔ پیش تسلیم پر نرم روئی کی ایک تہ یا کٹی ہوئی اسی کی گرم پوٹس یا انٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا تھرموجن وول (thermogen wool) لگا دی جائے۔ اگر ضرورت ہو تو مارفیا دیا جائے۔ اگر دوران خون فشل پذیر ہو یا اگر قلب غیر منتظم ہو جائے تو ڈیجیٹالس کے مبینہ کی تھوڑی مقداریں ہر انڈی یا ایمونیا کے ساتھ بار بار دینا چاہئیں۔ روماتزمی انقباض بہت شاذ و نادر ہی امتصاص کی ضرورت لاحق کرتا ہے، لیکن اس وقت جبکہ ریم کی موجودگی کا امکان اس پر غور کرنا ضروری ہے۔ ڈاکٹر ڈی۔ سی۔ ٹیلر (D. C. Taylor) نے لیوس ہام (Lewisham) شفا خانہ میں حج تجربہ حاصل کیا ہے اس کی بنا پر وہ سفارش کرتا ہے کہ جلد اور زیر قاعدہ ہافٹوں کو ۲ فی صدی نووکیٹن کے ذریعہ عذیم الحس کرنے کے بعد ایک بار یک سوئی کو پیچھے کی طرف اور نیچے کی طرف، پچھتی بین ضلعی فضا میں اعظم انقباض کے بائیں طرف، رتا کہ اندرونی پستانی شریان پچی رہے، یہاں تک گھسا نا چاہئے کہ دایا فرام تک پہنچ جائیں جس کے متعلق یقین حاصل کرنا ہو تو مریض کو ایک گہرا سانس لینے کے لئے کہنا چاہئے۔ سوئی کو ذرا

۱۰۔ ایس کیلینج کر دوبارہ سیدھا پیچھے کو سطح سے ایک انچ کی گہرائی تک گھسانا چاہئے۔ پھر کفہ کو ۳۰۰۰:۱ فلیو اُن کے ۲۰ مکعب سمر سے کئی مرتبہ دھویا جاتا ہے، اور امتصاص کو ہر تیسرے روز بار بار عمل میں لایا جاتا ہے، یا ایک پہلی کا جزوی استیصال کر دیا جاتا ہے۔

رہیتی مبداء کا تادمور منضم

(adherent pericardium of rheumatic origin)

مرضی تشریح۔ اس کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے کہ یہ حالت روماتزمی التهاب تادمور کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ دونوں سطحوں کے انضمام کا درجہ مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ محض چند ہی رشتہ ہوں جو سطح قلب سے جداری تادمور تک جاتے ہوں، یا ممکن ہے کہ تادموری تاجہ کا قلب کی سطح سے کامل انضمام ہو، اور ہر درمیانی حالت کا ہونا ممکن ہے۔ جب کامل انضمام ہو تو دونوں سطحوں کو جوڑنے والی بافت محض ایک پتلی سی تہ ہوتی ہے۔ یا وہ ایک کثیف، سخت، لیفی، کم و بیش عروقی غلاف ہوتا ہے، جس کی دبازت $\frac{1}{4}$ انچ بلکہ $\frac{1}{2}$ انچ بھی ہوتی ہے۔ قلب کی بیش پرورش یا اس کا اتساع عام طور پر موجود ہوتا ہے، کیونکہ بطن کا عضلی جرم بھی عضد قلب کے ایسے التهاب کے وقوع سے متضرر ہو گیا ہے جو التهاب تادمور کے ساتھ ہوا ہے۔ عام طور پر مطرانی منبغ موجود ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں نہ صرف تادموری تاجہ کا انضمام ہو جاتا ہے بلکہ اس کی بیرونی سطح بھی گرد و پیش کے پلیورا اور عظم القص سے مضبوطی کے ساتھ ثبت ہو جاتی ہے۔ فی الحقیقت واسطی بانئیں باہم چپ کر ایک کثیف لیفی بافت بنا دیتی ہیں (لیفی التهاب واسط = mediastinitis fibrosa)۔

علامات اور طبیعی امارات۔ درد قلب، اختلاج، اور بُہر نمایاں ہوتے ہیں۔ خود انضمام کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے طبیعی امارات پر اعتماد نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن جب وسیع بیرونی انضمامات بھی موجود ہوں تو مندرجہ ذیل میں سے ایک یا زائد طبیعی امارات شناخت ہو سکتے ہیں:۔ (۱) اس قلب سے متناظر مقام پر انکماش باز کشیدگی۔ (۲) عظم القص کے زیریں سرے کی انکماش باز کشیدگی۔ (۳) عظم القص سے بائیں جانب تیسری چوٹھی اور پانچویں بین الاضلاع فضاؤں کی انکماش باز کشیدگی۔ (۴) بائیں سینے

پہلویا پشت پر نیچے کی پسیوں کی انکماش باز کشیدگی (امارت برڈ بینٹ = Broadbent's sign)۔ سب زیادہ اعتماد کے قابل نہیں۔ بین الاضلاع فضاؤں کی انکماش باز کشیدگی تو ہرگز منظم تادمور کے لئے مخصوص و تمیز نہیں۔ مطرانی ضیق جو کہ عام طور پر اس کے ساتھ متلازم ہوتی ہے بالکل یا تلاش کرنی چاہئے۔ موت فشل قلب اور وسیع اذیماسے واقع ہوتی ہے۔

292

لاشاعوں سے بھی منظم تادمور کی قیمتی دلائل حاصل ہو سکتی ہیں۔ وہ یہ ہیں کہ گہری سانس لینے پر یا ایک جانب کو جھکنے پر قلب کی طبعی حرکت اور شکل میں تبدیلیاں، اور سانس لینے پر ڈائفرام کے مرکزی حصے کی حرکت میں تغیرات ہو جاتے ہیں جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ تادمور اور واسطہ کے درمیان انفومات موجود ہوتے ہیں۔

تادموری انفومات کے انداز اور علاج پر بالخصوص افعال قلب کے ان تغیرات کے لحاظ سے غور کرنا چاہئے جو ان انفومات کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (ملاحظہ ہوں صفحات 275، 276)۔ علاج وہی ہے جو کہ عام مرض قلب کے لئے کیا جاتا ہے۔

مرزمن تضیقی التهاب تادمور

پلٹ (Pick) کا مرض

یہ مرض جس کا پہلے پہل لوئر (Lower) (۱۹۶۹ء) پچورز (Chevers) (۱۹۶۲ء) و لگز (Wilks) (۱۹۶۲ء) اور پلٹ (Pick) (۱۹۶۶ء) نے تذکرہ کیا حال ہی میں دوبارہ منصفہ شہود پر لایا گیا ہے (73)۔

بحث اسباب۔ تمدن، ذات الریہ مع ذات الجنب یا التهاب تادمور اور عفونت اس کا سبب ہو سکتے ہیں۔ لیکن اس کا سبب اکثر اوقات غیر معلوم رہتا ہے کیونکہ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے حاد التهاب تادمور کی سرگزشت موجود ہو لیکن حاد روماتزم کی سرگزشت نہیں پائی جاتی۔

مرضی تشریح۔ جداری تادمور کی مرزمن لینی دباؤ واقع ہوتی ہے اور با وقتا تلس، سیال کی جھیں، تاجہ کا انقباض، اور بیرونی تادموری انفومات موجود ہوتے ہیں۔ چونکہ تضیق کی وجہ سے قلب دوران انقباض میں بھر نہیں سکتا لہذا ایک ”رکود در آمد“ (inflow stasis) پیدا ہو جاتا ہے اور استسقاء کے شکلی اور اس کے ساتھ ایک بڑبڑ

(frosted) ”ممری کی ڈلی“ جیسا جگر یا طحال اور پلئوری انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ قلب بجائے خود تندرست ہوتا ہے۔

علامات۔ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ بہر استقائے شکمی ایک کلانی یافتہ لیکن غیر الیم اور غیر نابض جگر، وداجی وریدوں کا احتقان، نبض متناقض (pulsus paradoxus) نسبت فشار خون اور بعض اوقات ٹانگوں کا اذیمیا اور پلئوری انصباب پائے جاتے ہیں۔ قلب کی جسامت طبعی یا کیقدر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ براڈ بینٹ (Broadbent) کی امارت موجود نہیں ہوتی۔ برقی قلب نگاشت پست دولٹائیٹ (voltage) کی ہوتی ہے اور تقوید ۱ اور ۲ میں ن۔ امواج چھٹی یا مٹکس پائی جاتی ہیں۔ اور گاہے اذینی ریشکی انقباض موجود ہوتا ہے، مصلی پروڈینس کم ہوتی ہیں۔ تشخیص۔ میٹرانی ضیق، خواہ اس کے ساتھ منظم تاءمور ہو یا نہ ہو، خیرات کے لئے محتاط امتحان کر کے تشخیص کی جاتی ہے۔ التهاب عمومی اغشیہ مصلیہ (polyserositis) ایک مختلف مرض ہے۔ بانی کہبت (portal cirrhosis) اور تغذیہ اذیمیا (nutritional oedema) کو منفرد کرنا چاہئے۔

انذار۔ یہ مرض مزمن ہوتا ہے گو کہ بعض اوقات اس کے ساتھ فترات پائے جاتے ہیں۔ مکن ہے یہ ایک سرجی ممر اختیار کرے یا کئی سال تک قائم رہے۔ عملیہ کے بعد ۱۰ مریضوں میں ۶ مریض شفا یاب ہو چکے ہیں، ایک دوسرے مریض کو افاقہ ہو گیا۔ علاج۔ تاءموری جزوی استیصال کا عملیہ جو کہ ڈیلارم (Delorme) کے نام سے موسوم ہے، واحد شافی علاج ہے۔

تاءموری اجتماع آب

(hydropericardium)

یہ اصطلاح تاءموری تاج کے اندر مصل کی زیادتی کے لئے استعمال کی جاتی ہے، او عموماً استقائے انفعالی افاز کو ان التهابی انصبابات سے تمیز کرنے کے لئے کام میں لائی جاتی ہے جو پہلے التهاب تاءمور کے تحت بیان کئے جا چکے ہیں۔ قدرتی طور پر تاءمور کے اندر مصل کی نہایت تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور کسی سبب سے موت واقع ہو جانے

کے بعد اس کے اندر پھیکے زرد رنگ کے سیال کے چند ڈرام ملنا عام ہے۔ مصلی انصبابات کے اسباب، التهاب کے علاوہ وہی ہیں جو استقائے عمومی کے ہوتے ہیں، مثلاً مرض برٹ اور تادمور کے ویدی دوران خون میں ایسی مقامی مداخلت جیسی کہ خود قلب کا مصرعی مرض، شش کا مزمن مرض، اور ان وریڈوں پر جو تادموری سطحوں سے خون واپس لیجاتی ہیں سلمات کا دباؤ۔ تاہم کے اندر کامیج دوسرے مصلی کہنفوں کے استقائی انصباب کے مایع سے مشابہ ہوتا ہے، اور وہ پھیکے زرد رنگ کا، یا لون دموی مادہ کے ارتشاح کی وجہ سے کم و بیش گلابی رنگ کا ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اس میں فائبرینوجن اور اتما ۳ فی صدی البیومین موجود ہوتا ہے۔

تامدوری اجتماع آب کے طبیعی امارات دہی ہیں جو التهاب تادمور میں انصباب کے ہوتے ہیں۔ عموماً کسی خاص علاج کی جو تادمور سے متعلق ہو اس وقت ضرورت نہیں ہوتی جب کہ یہ حالت استقائے عمومی کا ایک جزو ہو، یا جہاں یہ دوران خون میں مقامی مداخلت کا نتیجہ ہو۔ استقائے عمومی یا مصرعی مرض کا تدارک کرنا چاہئے۔ شاذ اصابتوں میں انصباب اس قدر سریع الوقوع یا دافر ہوتا ہے کہ تادمور کے بزل کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔

تامدوری ہوائی اجتماع آب

(pneumo-hydropericardium)

اس کے یہ معنی ہیں، تادمور کے اندر گیس اور مایع دونوں کا موجود ہونا۔ مایع کے ساتھ گیس ہونا مندرجہ ذیل کا نتیجہ ہو سکتا ہے (۱) گیس گنگرین (gas gangrene) ہو (۲) جو اشمول رکھنے والے کہنفوں کے ساتھ تادموری تاہم کا ارتباط۔ یہ ارتباط ضربی ہو سکتا ہے، جیسا کہ ایک شعبہ باز کی حالت میں ہوا کہ اس نے ایک کند تلواری کو نکلنے کی کوشش میں مری میں سے تادمور کو چھید دیا، یا جیسا کہ فلنٹ (Flint) کی درج کردہ اصابا میں ہوا کہ جس میں پلیٹوراک کے آر پار ہول لگ کر تادمور میں چھید ہو گیا، اور تادموری بزل کے عملیہ کے بعد ہوا ہے۔ یا ممکن ہے کہ یہ ارتباط مرض کی وجہ سے قائم ہو جائے۔ اور ایسی اصابا میں مندرج ہوئی ہیں جن میں مری کا سرطان متعقیر ہو کر تادمور کے اندر پہنچ گیا، سل ریوی کا ایک کہنف تادمور کے اندر کھل پڑا، اور خراج جگر ایک ہی وقت میں تادمور اور

معدہ دونوں کے ساتھ ارتباط رکھتا تھا۔ تاءمور کے اندر تنہا گیس کبھی نہیں دیکھی جاسکتی، کیونکہ اس کے باہر سے داخل ہونے کے تقریباً فی الفور بعد تاءمور کا التهاب معدیہ انقباض کے پیدا ہو جاتا ہے۔

تاءموری ہوائی اجتماع آب کے طبیعی امارات یہ ہوتے ہیں :- قرح کرنے پر پیش قلبی رقبہ پر گمک، اور حرکات قلب کے ساتھ چھلکنے بھلونے، یا تغیر کی ہم زماں آوازیں۔

تاءموری اجتماع الدم

(hæmopericardium)

نام نہاد تاءموری نز فی التهاب میں نوساختہ عروق کے پھٹنے سے تاءمور کے اندر خفیف درجہ کا انقباض خون واقع ہوتا ہے۔ لیکن نسبت بڑی مقداروں میں خون کا انقباض جب یہ براہ راست ضرب کی وجہ سے نہ ہو تو عضلہ قلب کے انشقاق، یا ایک انورسائی تاجیہ کے انشقاق، یا سرطانی بالید میں کے عروق کے انشقاق سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکروی اور اس سے ملتی ہوئی حالتیں بھی تاءموری نزف پیدا کر سکتی ہیں۔

علامات :- جب تاءمور کے اندر خون کا انقباض دفعۃً واقع ہو جاتا ہے تو مریض پر سینہ میں کم و بیش ضیق، شحوب، غشیان، بے ہوشی اور موت یکے بعد دیگرے جلد طاری ہو جاتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ مہلک خاتمہ سے پہلے چوبیس یا پچیس گھنٹے تک وہ شحوب، ضعیف نبض، اور انتصافی تنفس کی حالت میں رہے۔ اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ نزف اور بھی کم درجہ کا ہو تو ممکن ہے کہ موت کے وقوع میں اور بھی التواء ہو جائے، اور التهاب تاءمور پیدا ہو جائے جو کہ مریض کا مہلک خاتمہ کرنے میں حصہ لیتا ہے۔ والش (Walsh) ایسی اصابتوں کا تذکرہ کرتا ہے جن میں شفا حاصل ہو گئی، مگر یہ غالباً اسکروی کی نوعیت کی تھیں یا بہر حال انورسماؤں کے یا خود قلب کے انشقاق پر منحصر تھیں۔

طبعی امارات وہی ہوتی ہیں جو ایک بڑے تاءموری انقباض کی ہوتی ہیں اور ساتھ ہی وسیع پیش قلبی اصیت، اور قلب کی آوازوں کی کمزوری یا غیر موجودگی ہوتی ہے۔ تشخیص میں انورسما کی مابقی موجودگی، یا ذبحہ صد ریہ کے حملوں کے علم سے مدد ملے گی۔

علاج - کامل آرام و سکون اور ہوشمندی کے ساتھ جہتجات کے استعمال سے ہی کچھ موقع مل سکتا ہے۔

ذبحہ صدریہ

(ANGINA PECTORIS)

اس نام سے عموماً عظم القصد کے جیسے کے اس شدید درد کو یاد کیا جاتا ہے جو قلب یا اور طلی میں پیدا ہوتا ہے، نہایت دفعۃً شروع ہوا کرتا ہے، اور کبھی کبھی مہلک ثابت ہوتا ہے۔ اس شدید درد میں اور قلب میں پیدا ہونے والے اُن خفیف ترددوں میں جنہیں بعض اوقات ”ذبحہ صغیرہ“ (”angina minor“) یا اس سے بھی بہتر محض ”درد قلب“ کے نام سے خطاب کرتے ہیں غالباً کوئی بنیادی فرق نہیں ہے۔

اسباب - یہ طفلی میں ہو سکتا ہے، لیکن تین سال کی عمر سے پہلے عموماً نہیں ہوتا، عمر کے ہر سال کے ساتھ اس کا وقوع بڑھتا جاتا ہے، اور سچاؤ اور پچھتر سال کی عمروں کے درمیان یہ نہایت عام ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں، ایک اور چار کے تناسب میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس پر تو اثر بھی اثر رکھتا ہے۔ یہ اور طلی مرض میں عام اور مطرانی شیع میں شاذ ہے۔ بعض اوقات تمباکو بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔ ماسکی عفونت، بالخصوص جو مہارہ میں یا دانتوں کے راسوں پر ہو، ایک دوسرا عامل ہے۔ فوری محرک اسباب یہ ہیں :- (۱) جسمانی ورزش، بالخصوص پہاڑیوں پر چڑھنا یا ہوا کی لہج سمت میں چلنا اور زمانہ بعد میں خفیف ترین قسم کی مشقت - (۲) زیادہ کھانا کھانا - زیادہ اکثر یہ دونوں عاملات مجموعی طور پر کار فرما ہوتے ہیں۔ (۳) جذباتی ہیجان، خواہ یہ پستی پیدا کرنے والا ہو یا انتعاش آفریں ہو، اور دماغی بار - اور (۴) سردی میں کشف آخر الذکر اہم ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ رات کے وقت کسی سرد کمرے میں لباس اتارنے سے بستر میں اس کا حملہ ہو جائے۔ بعض اوقات اس کا حملہ دوران خواب میں شروع ہو جاتا ہے۔

امراضیات - جب اس کے حملے میں موت واقع ہو گئی ہو تو قلب عموماً مرتخی اور اس کے کہنے خون سے پُر پائے گئے ہیں۔ امباتوں کی غالب تعداد میں قلب کا یا اور طلی

کوئی مرض پایا گیا ہے، جو کہ بیشتر اقسام ذیل کا تھا۔ عضلہ قلب کا التهاب۔ عضلہ قلب کا
لونی، شحمی، یا لیفی انحطاط۔ آتشکی التهاب اور طی اور طی کا تھیر و مایا اتساع۔ اور طی مصرعوں کا
اتھیر و مایا سکلرئس، یا سکلرن۔ اکیلی شریانیں میں شریانی صلابت (arterio-sclerosis)
یا کلسی جادو یا ان کا انقباض دروں شریانی التهاب یا علقیت سے۔ اکیلی سدادیت
جلد ہی موت واقع کر سکتی ہے، جو کہ شدید ترین ذبحی علامات کے ساتھ ہوتی ہے۔
ذبحہ صدریہ کے سبب سے واقع ہونے والی موت کی بعض مثالوں میں عضلہ قلب اور
اکیلی شریان بالکل تندرست پائے گئے ہیں۔

میکینزی (Mackenzie) کی رائے ہے کہ ذبحہ کا انحصار عضلہ قلب پر ہوتا ہے
(29)۔ اس ضمن میں یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ مطرائی ضیق کا معمولی درجہ جو بائیں آذین میں
پیدا ہوتا ہے، سینہ کے بائیں جانب واقع ہوتا ہے، ایک ایسے بند میں جو بھٹنی سے لیکر
غضروف حنجری سے نیچے تک پھیلتا ہے۔ اس رقبہ کی جلد کے حتی اعصاب شخاع کے چھٹے
اور ساتویں ظہری فلقات تک جاتے ہیں۔ اس کے برعکس وہ درجہ جو بطن اور اور طی
میں پیدا ہوتا ہے، سینہ میں نسبتاً اوپر محسوس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ پر جو نسبتہ
بلند تر ظہری فلقات سے متناظر ہوتا ہے، کیونکہ جنینی قلبی نالی میں بطنی حصہ آذینی حصے
سے نسبتاً مقدم واقع ہوتا ہے اور بعد میں آگے کو عمیدہ ہو کر نیچے آ جاتا ہے (30)۔ یہ
نظریہ کہ ذبحی درد بطن سے پیدا ہوتا ہے، اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے۔ تندرست
عضلہ قلب سے بعض اوقات درد کا پیدا ہو جانا اس سے زیادہ مشکل نہیں ہے کہ جتنا
بوابی ضیق (pyloric stenosis) کی صورت میں تندرست معدی عضلہ سے اکثر درد کا
پیدا ہو جانا۔ درد قلب آئسین کی عدم موجودگی میں، عضلہ قلب کے سخت کام کرنے کی وجہ
سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ ماننا قرین عقل معلوم ہوتا ہے کہ اس کے عضلی ریشوں کو اتنا
کافی تندرست ہونا چاہئے کہ وہ درد کو پیدا کر سکیں۔ انہیں سخت کام کرنے کے قابل ہونا
چاہئے۔ تندرست گرنا تربیت یافتہ اشخاص کو جو سخت القص درد فٹ بال کے سخت
کھیل میں محسوس ہوتا ہے، وہ بھی مماثل مبداء کا ہوتا ہے۔ لیفی قلب (fibroid heart)
کے ساتھ ذبحہ اس وجہ سے واقع ہو سکتا ہے کہ عضلی ریشے، تندرست ہونے کے باوجود،
تعداد میں بہت گھٹ جاتے ہیں اور ان کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے بعض اوقات

ذبحہ واقع ہوتا ہے لیکن زور لگانے پر سانس بالکل نہیں پھولتی، اس کی وجہ یہ ہے کہ عضلہ قلب باوجودیکہ اس پر معمول سے زیادہ کام پڑ گیا ہے، اب بھی دوران خون کو قائم رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ جب دوران خون کا فضل ہو جائے تو ذبحہ غائب ہو جائے، اور جب علاج سے دوران خون پھر قائم ہو جائے تو ذبحہ پھر پیدا ہو جائے۔ تاہم عام ترین حالت بلاشبہ یہ ہوتی ہے کہ زور لگانے کے بعد درد اور سانس کا پھولنا دونوں بیک وقت پیدا ہوتے ہیں۔ اس تجرباتی درد کی تمثیل کی بنا پر جو کہ دوران خون بند ہونے کے بعد عضلی ورزش کرنے پر کسی جارحہ میں پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو متوقف عرجان = intermittant claudication) یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ذبحہ شریانی شنج سے پیدا ہوتا ہے، جو کہ بافت میں ایک پ مادہ (P-substance) آزاد کر دیتا ہے۔ یہ پ مادہ ایسا مستمر درجہ ضربات قلب کے ساتھ متغیر نہیں ہوتا پیدا کرتا ہے۔ شاید پ مادہ پست سالمی وزن والے غیر مکمل طور پر آکسیجن یافتہ حاصلاتِ تحول (metabolites) ہوتے ہیں جو کہ ولوجی دباؤ پیدا کر کے عمل کرتے ہیں اور اس وقت جب کہ آکسیجینی رسد محدود کرتی ہے مکمل طور پر آکسیجن یافتہ ہو کر غائب ہو جاتے ہیں۔

آمال نائٹرائٹ (amyl nitrite) جو شدید ترین قسم کے (یعنی انعام کی وجہ سے ہونے والے) درد کے سوائے باقی سب طرح کے درد کو چند ہی سیکنڈز میں تسکین دے دیتا ہے، اکیلی شریانوں کا اتساع کر کے فعل کرتا ہے، اور بعض مریضوں میں برقی قلبی ترسیم کو تبدیل کر دیتا ہے، اور ن۔ موج کو انتصابی کر دیتا ہے (28)۔ وہ شرح نبض کو بھی بڑھاتا ہے، اور گو وہ محیطی عروق کا اتساع اور ساتھ ہی چہرہ کی نمایاں تمٹھاہٹ (flushing) پیدا کر دیتا ہے تاہم تسکین کا سبب یہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ خون کا دباؤ کم ہونے سے پہلے ہی تسکین محسوس ہونے لگتی ہے۔ آمال نائٹرائٹ سے ایک ایسے مریض میں بھی تسکین محسوس ہوئی جس کو مطرانی متیق اور بازو کے ساتھ جھٹکنے کے نیچے درد بھی تھا۔

علامات - مریض پر بالکل ناگہانی طور پر سینے کے سامنے حاد درد کا حملہ ہو جاتا ہے اور یہ درد عظم القص کے مالائی یا زیرین حصے کے نیچے یا یوں کہنا چاہئے کہ اس سے

بائیں جانب واقع ہوتا ہے لیکن خود قلب کے مقام پر درود نہیں ہوتا۔ در د اس مقام سے بائیں جانب اور پیچھے یا آرا پار عظم الکف تک اوپر کو بائیں شانے تک اور نیچے بائیں بازو اور ہاتھ تک تشع کرتا ہے۔ یا لکڑیہ کم بار یا اتفاق بھی ہوتا ہے کہ یہ عظم القفس کے دائیں طرف ہو کر دائیں شانے بازو اور ہاتھ تک تشع کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد ایک ہی وقت میں دائیں اور بائیں دونوں جانب واقع ہو۔ یہ گردن کے دونوں جانب جلد الراس تک اوپر چلا جاسکتا ہے، جس کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ یہ تو اعصاب قلب سے نکلنے والے درآؤں یا ٹیپسی لسانی بلعومی عصب کا حسی جواب (counterpart) ہوتا ہے، اور اس لئے وہ ”بعید السبب درد“ کا محل وقوع بن جاتا ہے (30) یہ درد حلق میں محسوس ہو سکتا ہے۔ سینہ کا درد ”خارق“ یا ”ناخز“ یا ”آگ کی طرح جلتا ہوا سوزشی“ یا ”مضیق“ بیان کیا جاتا ہے۔ بازوؤں یا انگلیوں میں درد کے ساتھ جھنجھٹا ہوا یا سن پٹا بھی محسوس ہونا ممکن ہے۔ مختلف مریضوں میں درد کا آغاز بہت مختلف طور پر ہوتا ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ ایک یا دونوں بازوؤں میں شروع ہو کر اوپر کو سینہ تک پھیل جائے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالائی شکم میں شروع ہو (شریفی ذبحہ = epigastric - angina) یا نسبتاً نیچے شکم میں شروع ہو (اشکلی ذبحہ = angina abdominis)۔ ایسے ہی ایک مریض میں یہ درد زور لگانے یا محنت کرنے پر شروع ہو جاتا، اور ابتداء ناف کے خطے میں محدود ہوتا، جہاں نہایت شدید ہوتا، لیکن یہ بتدریج شدت میں بڑھ کر سینہ اور پشت پر ساری دور پھیل جاتا تھا۔ حملہ کے دوران میں مریض کا بشرہ تشویشنا یا سنجیدہ ہوتا ہے۔ اور اگر وہ چل رہا ہے تو ٹھیر جانے پر مجبور ہو جاتا ہے اور وہ خاموش رہتا ہے۔ اسے ٹھنڈے پینے آنے لگتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس کا ریتی زیادہ ہو جائے اور اسے قریب الموت ہونے کا احساس ہو۔ نبض عموماً غیر متغیر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ سست ہو جائے، یا ایسی بے نظمیاں جیسے کہ مستزاد انکماشات دیکھے جائیں۔ ایک ہلکے حملہ کے خاتمہ کے قریب نبض تیز ہو جاتی ہے۔ خون کے دباؤ میں کوئی تمیز تبدیلی نہیں ہوتی۔ بعض مریضوں میں وہ بقدر ۲۰ ملی میٹر یا تقریباً ۲۰ ملی میٹر زیادہ ہو جاتا ہے۔ در و چند سیکنڈ یا منٹ جاری رہنے کے بعد بہ سرعت جاتا رہتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے دوران میں پھر بار بار ہونے لگے، یا چند ہسینوں یا برسوں تک

پچھڑے محسوس ہو۔ ذبحہ پہلے اور واحد حملہ میں ہلک ہو سکتا ہے۔ حملوں کے درمیان میں اور شدید حملوں کے بالآخر موقوف ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ سینہ کی دیوار اور بازوؤں پر مختلف مقامات پر دبائے سے ایلمینٹ محسوس ہو اور ہفتوں تک اس طرح محسوس ہوتی رہے۔ یہ مقامات آئے دن بدلتے رہتے ہیں۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ مریض کی توجہ سینہ کے اندر پری یا پچکاؤ کے احساسات کے طرف مبذول ہو جنہیں اس امر کی تفسیحات میں سمجھنا چاہئے کہ اگر احتیاط نہ کی جائے گی تو شدید درد نمودار ہو جانے کا امکان ہو۔ حملہ کے ساتھ اکثر معدے کی پری کا احساس موجود ہوتا ہے، بالخصوص جب کہ حملہ کھانے کے بعد ورزش کی وجہ سے شروع ہو گیا ہو اور ممکن ہے کہ اگر ڈکار کے ذریعہ ہوا کا میابی کے ساتھ خارج کر دی جائے تو اس میں تخفیف ہو جائے۔ اسی علامت کی کثرت وقوع سے یہ رائے پیدا ہو گئی ہے (31) کہ ہوا سے معدے یا مری کا پھوٹنا ہی اس شکایت کا اولی سبب ہے، لیکن اس رائے کو چند اشخاص ہی تسلیم کرتے ہیں۔ ایک مشاہدہ کردہ اصابت میں (32) ڈکاریں لینے کی کوشش سے درد میں ہر مرتبہ تخفیف ہو گئی لیکن لاشعاعوں سے پتہ چلا کہ معدے میں ہوا داخل ہو گئی تھی۔ تاہم مقام ذبحہ اور بالائی غذائی خلیے کے درمیان ایک نہایت قریبی محسوس تعلق ہوا کرتا ہے، کیونکہ پیٹ بھر کر کھانا کھانے سے حملہ میں تعجیل ہو جائے گی، نیز ذبحہ حملوں کے دوران میں محسوس ہونے والے بعض درد مری کے اندر پیدا ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ جھگٹنے سے ایک لمحہ کے لئے زیادہ ہو جائیں یا کم ہو جائیں۔ اس کی توجیہ اس دودی حرکت کی موج سے ہوتی ہے جو جھگٹنے کے بعد مری پر سے نیچے کو گزرتی ہے (32)۔ جان ہنٹر نے اس موضوع پر خود اپنی حالت میں ہیری مشاہدہ کیا۔ شاید ایسے درددں کے لئے ”ذبحہ کاذب“ (”pseudo-angina“) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ بعض اوقات ذبحہ مرض ریناڈ کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

ذبحہ صغیر (angina minor) میں ممکن ہے کہ مریض ورزش یا سردی کے تکشف کے نتیجے میں چند سیکنڈ تک کی قدر سخت انقباض درد محسوس کرے اور خاموش رہنے پر مجبور ہو جائے۔ بعض اوقات یہ حملے غلط طور پر ”ذبحہ کاذب“ کے نام سے موسوم کئے گئے ہیں لیکن اس اصطلاح کا استعمال اس تعلق میں نہیں کرنا چاہئے، ورنہ اس حالت کی نزاکت مخفی ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص - درد کی نوعیت، زور لگانے کی وجہ سے اس کا وقوع، اُمَل تاثرات سے اس میں تخفیف ہونا، قلبی یا شریانی ضرر (مصرعی مرض یا صلابت الشرائین) کے علامات، یہ سب امور عموماً فیصلہ کن ہوتے ہیں۔ اسے اس قلبی درد سے تمیز کرنا چاہیے جو ہمیشہ قلب پر محسوس ہوتا ہے، اور مصرعی مرض یا عضلہ قلب کے انحطاط کی وجہ سے نفل پذیر ہونے والے قلب کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسے وجع العصبی (neuralgic) دردوں سے بھی تمیز کرنا چاہیے، بالخصوص عصبانی مزاج کی عورتوں میں۔ اس حالت میں درد اکثر آرام و سکون کی حالت میں ہوا کرتا ہے، ذبحہ کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے، اور ممکن ہے کہ قلب کے پر شور فعل اور اختلاج کے ساتھ متلازم ہو۔ ذبحہ کی نسبتہً خفیف قسمیں اکثر اوقات غلطی سے سورہضم یا التهاب معدہ سمجھ لی جاتی ہیں۔ اور اس کی توجیہ ایک حد تک اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ اس کا حملہ اکثر اس وقت ہوتا ہے جب کہ مریض کھانا کھانے کے بعد چلتا پھرتا ہے۔ تمباکو کے ذبحہ (tobacco angina) کے خصائص ذبحہ صدریہ سے کینقدر مثال ہوتے ہیں۔ نہایت شدید درد ایک اکیلی شریان کی علقت سے بھی پیدا ہو سکتا ہے، جو بعد میں بیان کی گئی ہے۔ لیکن یہ درد مسلسل ہوتا ہے، اس میں مریض مہور اور اکثر بے چین ہوتا ہے۔ نبض ضعیف ہو جاتی ہے، تب موجود ہوتی ہے، اور خون کے سپید خلیوں کی کثرت اور بعض اوقات تار موری فرک ہوتا ہے جو تشخیص کا فیصلہ کر دیتا ہے۔ بالآخر معدہ کے حاد انتفاخ سے بھی ایسے ہی علامات پیدا ہو گئے ہیں، اور اس میں معدے کے اندر ایک انبوہ داخل کرنے سے تخفیف ہو گئی ہے۔

انذار - ممکن ہے کہ موت ذبحی حملہ کے دوران میں، یا اس کے ذرا بعد، یا سوتے میں یا دفعتاً واقع ہو جائے۔ وہ نفل قلب سے یا دوسرے اسباب سے واقع ہو سکتی ہے۔ انذار کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ مریض پر علاج کا اثر کس قدر اچھا ہوتا ہے۔ یہ ہو سکتا ہے کہ مریض کو ایک حملہ ہو اور اس کے باوجود اگر معمول احتیاط کی جائے تو وہ برسوں بعد تک زندہ رہ سکے۔ ناموافق امارات یہ ہیں: — ورزش کی قلیل مجبوتیت، نبض متبادل اور برقی قلبی ترسیموں میں بعض تبدیلیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 281)، جو سب یہ ظاہر کرتے ہیں کہ قلب کی فعلی قوت سخت السوا ہے۔

علاج - دوران حملہ میں مریض کو بالکل خاموش اور بے حرکت رہنا چاہئے۔
 ذبحہ کے حملہ کے لئے نہایت کارگردانائٹرائٹ آف اَائل (nitrite of amyl) ہے۔ ایک
 ۲ تا ۳ قطرے شیشہ کے ایک چھوٹے کیسہ میں مشمول ہوتے ہیں جس پر کتان چڑھا ہوا ہوتا
 ہے۔ اس کیسہ کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان یا چپٹے سے دبا کر توڑ دیا جاتا ہے اور دوا
 کا بخار آزادانہ سونگھا جاتا ہے۔ اس کے سونگھنے سے چہرہ سُرخ ہو جاتا ہے، جمجمی عروق
 پھٹکنے لگتے ہیں اور درد اکثر فوراً موقوف ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوا کی اس مقدار
 کو مکرر دینا پڑے۔ نائٹرو گلیسرین (nitro-glycerine) (۱/۱۱ تا ۱/۱۲ گرین) کا ایک
 قرص منہ میں رکھنے اور چبانے پر جب اس کا جذب واقع ہوتا ہے تو اس سے بھی اچھا اثر
 ہوتا ہے۔ نائٹرو گلیسرین کی قلیل مقادروں کے استعمال کے بعد بھی ابتدائی ٹپک کے ساتھ
 درد سر (throbbing headache) ہوتا ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد اس کی برداشت
 پیدا ہو جاتی ہے اور نسبت بڑی مقادروں کا تحمل ہو سکتا ہے۔ سوڈیم نائٹرائٹ (sodium
 nitrite) (۱/۲ گرین بصورت قرص) اور ایرتھرل ٹیٹرائٹرائٹ (erythrol
 tetranitrite) (۱/۲ گرین ایک ڈرام الکحل مطلق کے اندر مناسب طور پر مرقق کر کے)
 بھی عمدہ موسع العروق (vaso-dilators) ہیں۔ اگر یہ تدبیریں ناکامیاب ہوں تو مافیاض
 کا تحت الجلدی اشرب کام میں لایا جاسکتا ہے، اور زیادتی، مہبوط ہو تو برانڈی یا تھیر
 کی ضرورت پڑے گی۔ مافیاض ہوتی حالت پر مضید ہوتا ہے جب کہ جوش و ہيجان یا دماغی
 تشویش کے باعث حملوں میں تعجیل ہو جائے۔ جب پُرمعدے کی وجہ سے یاربجیت کے
 ہمراہ حملے ہو جائیں تو سال وولاطائل (sal volatile) پانی کی مساوی مقدار کے ساتھ
 مرقق کیا ہوا مضید ہو سکتا ہے۔ آکسیجینی خیمہ کے ذریعہ مکرر حملے روکے جاسکتے ہیں۔

جب کسی مریض میں ذبحہ ایک مرتبہ ظاہر ہو جائے تو ضروری ہے کہ مریض
 چند ہفتوں تک بستر میں کلی آرام لے اور تشویش و ہيجان سے محترز رہے۔ عند
 ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں دی جائے۔ جب مریض پھر چلنے پھرنے لگے تو اس کو
 چاہئے کہ اپنی طرز زندگی کو اس طرح بدل دے کہ ان اسبابِ عاملہ (وافرِ مصلی
 محنت وغیرہ) سے محترز رہے جن سے حملہ ہو گیا تھا۔ اپنی زندگی کو منظم بنانے میں اسے
 پُری اور سینہ کے پچکاؤ کے اُن تنبیہی احاسات سے مدد ملے گی جو اکس کے پھر

حد سے زیادہ کام شروع کرنے پر ظاہر ہو جائیں گے۔ حملوں کی روک تھام اولاً تو ادویہ سے کرنی چاہئے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد غالباً نائٹرائٹس کا استعمال حفظاً تقدم کی غرض سے نہ کرنا بہترین ہے، کیونکہ اگر وہ مریض کے تنہی امارات کو دور کر دیں تو اُسے پھر اپنے قلب سے زیادہ کام لینے کی جرات ہو جاتی ہے اور اس سے دورانِ خون کا فشل پیدا ہو جانے کا امکان ہے۔ اہل نائٹرائٹس یا نائٹرو گلیسرین کے قرص ضرورت کے وقت کام آنے کے لئے پاس رکھنے چاہئیں۔ تمباکو نوشی کی زیادتی کو موقوف کر دینا چاہئے۔ بعض مریض تمباکو کے لئے اس قدر حساس ہوتے ہیں کہ دن میں ایک یا دو سگریٹ بھی ان کے حملوں کو جاری رکھ سکتے ہیں۔ شدید امصابوں میں جہاں قلب کی محفوظ قوت کم ہو ممکن ہے ایسا علاج حملوں کو روکنے میں ناکامیاب ہے، اور جب کبھی مریض ذرا ہی چلے پھرے گا تو یہ بتور واقع ہو جائیں گے۔ ایسی امصابوں میں نائٹرو گلیسرین مفید ہوگی۔ اس کی مقدار ۱۰ قطرہ روزانہ تین یا چار بار ہو سکتی ہے، جسے بتدریج ۱۰ یا ۱۰ تک بڑھا سکتے ہیں۔ بعض امصابوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاشیم (۵ تا ۳۰ گریں) بھی نفع بخش ہوتا ہے۔ آتشک کا علاج بھی کرنا چاہئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ ذیابیطس شکر (diabetes mellitus) میں کاربوہائیڈریٹ کی کثرت رکھنے والی غذا اور انسولین (insulin) دینی چاہئے۔ بعض اوقات برقی قوس (electric arc) میں جسمانی سطح کا تکلف کرنے سے گلے رک گئے ہیں۔ امونیم بروائیڈ، ۲۰ تا ۳۰ گریں کی خوراکیوں میں بحیثیت ایکٹو تہی ممکن کے مفید ہے۔ ہمارے معلومات کی موجودہ حالت میں جراحی علاج، یعنی عصب خافضہ کو قطع کر دینے کی سفارش نہیں کی جا سکتی۔

297

ذبحہ کا تلازم قلب اور شش کے اس احتقان کے ساتھ جو چپ جانبی فشل کے باعث ہوتا ہر کرتا ہے کہ مدد و مزار کے مقابل زور سے زہیر کرنے سے اور اس طرح قلب اور شش، نظامی دورانِ خون کے اندر خالی کرنے سے ممکن ہے کہ حملہ رک جائے۔ راقم الحروف کا ذاتی مشاہدہ ثابت کرتا ہے کہ کم از کم خفیف چپ جانبی دردوں پر توبہ یا صادق آتا ہے۔ آہستہ آہستہ گہری سانس لینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ زور دار شہیق کا برعکس عمل بعض راست جانبی دردوں پر اطلاق پذیر ہو۔ مریض کو ان حرکت کو عمل میں لانا سکھانا دینا چاہئے۔ یہ یقیناً کوئی نقصان نہ کر نہیں سکتے۔

ساری شریانی التهاب

(INFECTIVE ARTERITIS)

حاد شریانی التهاب - حاد سرائیت شریان تک باہر سے آسکتی ہے (ابتدائی گرد شریانی التهاب = initial peri-arteritis) یا اندر سے (ابتدائی دھڑل شریانی التهاب = initial endarteritis)۔ اول الذکر کسی متصلہ تیسری مرکز یا زخم سے سرائیت رساں عامل کے راست پھیل جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نسبتاً بڑی شریان کا ابتدائی حادثوں شریانی التهاب دیوار شریانی پر ان عضویوں کے حملہ کی وجہ سے ہو سکتا ہے جو درونہ میں مغرور عفونی سدا کے ذریعہ منتقل ہو گئے ہوں، یا وہ ہم پہلو عفونی روئیدگیوں میں سے سرائیت کے پھیلنے سے پیدا ہوتا ہے جیسے کہ اس خبیث التهاب دروں قلبہ میں جو اور پلی یاریوی شرفوں کو مآؤف کر دیتا ہو۔ سرائیت رساں عامل خواہ کسی راستہ سے عرقی دیوار تک پہنچے آخر الذکر کی ساری دیوارت بہ سرعت مآؤف ہو سکتی ہے۔ نیجیاتی لحاظ سے حاد التهاب کا سامنظر پیدا ہو جائے گا، اور نرم شدہ دیوار درجہ مضرت کے لحاظ سے یا تو باہر کے طرف ابھرتی ہے (فطری انورسما = mycotic aneurysm) یا وہ مشقوب ہو کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

حاد گرھلی کشید شریانی التهاب (polyarteritis acuta nodosa) - حاد گرد شریانی التهاب کی اصطلاح استعمال کرنے کے بعد یہاں ایک نہایت شانہ حالت (جسے حاد گرہلی گرد شریانی التهاب بھی کہتے ہیں) کا تذکرہ کرنا بے محل نہ ہو گا خاص طور پر اس وجہ سے کہ غالباً وہ بھی ایک حاد سرائیت کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ آخر الذکر کی نوعیت اب تک متعین نہیں ہوئی ہے۔ جسم کی بہت سی چھوٹی شریانیں مآؤف ہو سکتی ہیں بالخصوص قلب اور گردوں کی۔ مآؤف عروق میں چھوٹے گرہلی اور ام پیدا ہوتے ہیں جو دراصل چھوٹے چھوٹے انورسما ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ علقیت کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی بمسلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی ضرر شریان کے درمیانی طبقہ کا ماسکی تنخر ہوتا ہے اور اس کے گرد پیش حاد التهابی تامل ہوتا ہے جو سب تینوں طبقات کو مآؤف کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقیت واقع ہو جائے یا نرم شدہ دیوار ڈھیلی پڑ کر باہر کے طرف ابھرتی ہے (انورسما) اور

اکثر اوقات پھٹ کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

تندرستی شریانی التهاب (tuberculous arteritis) مزمن ساری شریانی التهاب کے دو عام ترین سبب عصیہ درنہ اور ہیج سلکیہ شاحب ہیں۔ ایک دوسری مرکز کے قرب وجوار میں ایک شریان کی دیوار تجبئی آریجی عمل کے راست پھیلاؤ کی وجہ سے ماؤف ہو سکتی ہے۔ ماؤف دیوار ایک تدریجی ضرر کے معمولی خصائص ظاہر کرتی ہے اور ممکن ہے کہ بطنی یا دروں طلیات کے متکاثر سے خواہ اس کے ساتھ ایک علقہ ہو یا نہ ہو شریان کا درونہ مٹھوس ہو جائے۔

۲ تشکی شریانی التهاب (syphilitic arteritis) - تشکی شریانی التهاب کی صورت میں دو قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔ ایک وہ جو اور طلی میں پایا جاتا ہے اور دوسرا وہ جو چھوٹی شریانوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن دونوں کا بنیادی تعامل مماثل ہوتا ہے۔ اول الذکر میں التهابی عمل جو ہیج سلکیہ کی تحریک سے شروع ہوتا ہے، بیرونی طبقہ میں عروق العروق کے تعلق میں آغاز پذیر ہوتا ہے اور ان کا درونہ اپنے استری دروں طلی خلیوں کے متکاثر سے تنگ یا مٹھوس ہو جاتا ہے۔ گول خلیوں کی گرد عروقی درریش عروق العروق کے ممر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے اور اسی واسطے اور طلی کے درمیانی طبقہ میں پھیل جاتی ہے۔ عضلی خلیوں اور لچک دار بافت کے چھوٹے چھوٹے رقبوں میں تخریق واقع ہو جاتا ہے اور یہ رقبہ لطف آسا اور پلازمائی خلیوں کے ماسکوں کے ساتھ مل کر خود بینی صمغیہ بنا دیتے ہیں۔ ایسے رقبہ کا بطنان، بطنانی خلیوں کے متکاثر سے دبیز ہو جاتا ہے اور ان نوخیز عروق شعریہ کی کلیاں چھوٹ نکلنے کی وجہ سے جو کہ اس دبیز رقبہ کے اندر بالیدگی حاصل کرتے ہیں عروقی ہو جاتا ہے۔ بعد میں کچھ تو تخری طبع کے جذب کی وجہ سے اور کچھ اس نوخیز یعنی بافت کے انقباض کی وجہ سے جو غائب شدہ عضلی اور لچکدار بافت کے بجائے پیدا ہو جاتی ہے اور طلی کی اندرونی سطح پر انداب دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے نالچکدار یعنی بافت درمیانی طبقہ کی اس عضلی اور لچکدار بافت کی جگہ لے لیتی ہے کہ جس پر شریانی دیوار کی کارکردگی کا انحصار ہوتا ہے اور آخر الذکر جہاں کہیں متلیف ہو جاتی ہے بتدریج پھیل کرتی جاتی ہے۔ اور سا کی پیدائش کا یہی طریقہ ہے۔ چونکہ اس ضرر کی اہمیت کا انحصار درمیانی طبقہ کو پہنچنے والی مضریت کی مقدار پر ہوتا ہے لہذا اور طلی کے

آتشکی مرض کو اکثر التهاب میاں اور طی (mesaortitis) کہتے ہیں اگرچہ وہ اولاً عروق العروق کا ایک ضرر ہوتا ہے۔

ماؤف اور طی، وبازت کی چکیاں نیز ایک نہایت متین انداب ظاہر کرے گا اور آخر الذکر خالی آنکھ سے ایک آتشکی ضرر کو ان ضررات سے متفرق کرنے میں کام آتا ہے جو اتھیروما کی وجہ سے ہوتے ہیں اور یقیناً اتھیروما کا ساتھ موجود ہونا بھی ممکنات میں سے ہے۔

نسبتہ چھوٹے شرائین کی حالت میں بیرونی طبقہ بھی چھوٹے گول خلیوں کی دیرینہ ظاہر کرتا ہے۔ درمیانی طبقہ بہت کم ماؤف ہوتا ہے، لیکن بطنہ نہایت متین تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ بطنہ کی اتصالی بافت کے خلیوں کے تکاثر کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ بہت دبیز ہو جاتا ہے۔ لیفی ورقے اور نئی لچکدار بافت پیدا ہو کر درون بہت تنگ بلکہ مٹھوس ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عمل انطاس علقیت کے وقوع سے تیز تر ہو جائے۔ آتشکی مرض کی اس قسم کا ایک عام محل وقوع دماغی عروق ہیں، بالخصوص ان کی قشری شاخیں۔ صمغیات میں واقع ہونے والے تنخر کے تعلق میں آتشکی التهاب بطنہ شریان (syphilitic endarteritis) ایک اہم حصہ لیتا ہے اور اس کے برعکس ایک صمغیتی عمل، راست پھیلاؤ کے ذریعہ سے بڑھ کر قرب وجوار کی ایک چھوٹی شریان کو ماؤف کر سکتا ہے جو اب تک غیر ماؤف تھی۔

اس طرح پرتدین اور آتشکی التهابات بطنہ شریان دونوں درونہ کا انطاس پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں لہذا وہ انطاسی التهاب بطنہ شریات (endarteritis obliterans) یا تمکاثری التهاب بطنہ شریان (endarteritis proliferans) کی مثالیں ہیں۔ یہ ایک ایسا عمل ہے جو ابھی بیان کئے ہوئے طریقوں کے علاوہ اور دوسرے طریقوں سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ مثلاً اس اصطلاح کا اطلاق ان شرائین کے فعلیاتی انطاس پر کیا جاسکتا ہے کہ جن کی ضرورت نہ رہی ہو۔ یہ انطاس ستری شرائین (umbilical arteries)، قناتہ شریانی (ductus arteriosus) وضع محل کے بعد بہت سے رجمی عروق، سن یاس کے زمانہ میں بیضی عروق وغیرہ میں واقع ہو جاتا ہے۔ ان اصابتوں میں بطنہ تبدیج دبیز ہو جاتا ہے اور درونہ مٹھوس اور

عضلی خلیے مذبول ہو جاتے ہیں۔

علقی عرقی انطما سی التهاب (thrombo-angiitis obliterans) -
 التهاب بطنہ شریان کی ایک دوسری قسم "علقی عرقی انطما سی التهاب (thrombo-angiitis obliterans) کے نام سے موسوم ہے۔ شریانی مرض کی یہ مخصوص قسم بالخصوص نو عمر یا ابتدائی ادھیڑ عمر کے بالغ یہودیوں میں ہو ا کرتی ہے، خاص کر ان میں جو مشرقی یورپ کے رہنے والے ہوں۔ یہ آتشک کی وجہ سے نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ زیادہ سگریٹ نوشی ایک حد تک اس کا سبب ہو۔ خون کا دباؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ مرض کا ٹھیک طریقہ پیدائش غیر واضح ہے۔ تاہم بطنہ کے خلیات کا بہت تکاثر ہوتا ہے، اور اس طرح وہ بتدریج دبیز تر ہو جاتا ہے۔ اسی کے ساتھ ساتھ یا اس سے پہلے علقیات واقع ہو جاتی ہے، اور ازاں بعد اس علقیات کا تعفی ہو جاتا ہے۔ برونی طبقہ میں کوئی التهابی تغیرات نہیں ہوتے، اور درمیانی طبقہ صرف کبھی کبھی انحطاطی تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ اس شریان سے جس حصے کو رسد پہنچتی ہے اس کا تغذیہ گوناقص ہوتا ہے، لیکن وہ ہنوز ممکن ہوتا ہے۔ متوقف عریان (intermittant claudication) اور عرقی وجع الجواج (erythromelalgia) میٹر علامات ہیں۔

گرد شریانی التهاب گروہکی - ایک ساذ حالت ہے جس میں درمیانی طبقہ کا انحطاط اور بطنہ کا تکاثر ہوتا ہے، جو بااقت علقیات اور اریکی گرد شریانی التهاب کے ساتھ ملازم ہوتا ہے۔ ویدیں بھی متاثر ہو جاتی ہیں، اور یہ حالت جسم میں وسیع طور پر پھیلی ہوتی ہے۔

مزمن شریانی انحطاطات

(CHRONIC ARTERIAL DEGENERATIONS)

انحطاط سیری (senile degeneration) وسطانی انحطاط: medial

(degeneration) - بڑھاپے میں شریان کے درمیانی طبقہ میں انحطاط یافتہ عضلی خلیوں کے مقام پر کلسی مادے کے چھوٹے چھوٹے ماسکات کا ملنا ساذ نہیں لیکن اس قسم کے انحطاط کے انتہائی درجہ کو صلابت مونک برگ (Monckeberg's sclerosis)

کہتے ہیں۔ یہ زیادہ تر بڑی شریانوں بالخصوص حرقفی اور نخذی عروق کو اور کبھی کبھی شکی اور طی کے حصہ زیریں کو مآوف کرتی ہے اور ممکن ہے شیخونی گنگرین کی موجب ہو معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی تغیر درمیانی طبقہ کی اتصالی بافت کے غلیوں اور عضلہ کا زجاجی انحطاط ہے۔ اس انحطاط کے بعد عضلی بافت کے انحطاط یافتہ بندوں میں چونے کے نمکوں کا جاو ہوتا ہے چنانچہ کچھ عرصہ گزرنے کے بعد درمیانی طبقہ کی جگہ کلسی مادے کے کم و بیش مکمل حلقے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مآوف شریان کم و بیش استوار ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ کسی قدر متع ہو جائے۔ بظاہر میں اکتیروما موجود ہو سکتا ہے لیکن کلسی مادہ کے گرد کوئی التہابی تعامل نہیں واقع ہوتا۔

یہ دراصل بوڑھے اشخاص کا شریانی انحطاط ہے، اور اسے اس نخس کے ساتھ خلط ط نہیں کرنا چاہئے جو اکثر بظاہر میں اکتیروما کی ملکہ کے متعلق میں واقع ہو کر آتا ہے۔ اکتیروما (athero-sclerosis = nodular sclerosis) اس حالت کو ایک زمانہ میں تشوہی التہاب بظاہر شریان (endarteritis deformans) کہتے تھے، لیکن چونکہ ابتدائی تغیر اولاً بعض اوقات خالصاً انحطاطی ہوتا ہے لہذا اب التہاب بظاہر شریان کی اصطلاح اس قدر عام طور پر نہیں سنی جاتی۔ یہ انحطاط اپنی توزیع میں دراصل حکیتی دار ہوتا ہے، اگرچہ نسبتاً چھوٹی شریانوں میں وہ زیادہ منتشر ہو سکتا ہے۔

اس کے طریقہ پیدائش کے متعلق منور بہت شبہ ہے، لیکن غالباً ابتدائی تغیر ایک مقامی انحطاط ہوتا ہے جس کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ بظاہر میں کو لیسیٹرائل شیمی اور لیاڈی مادے نمودار ہو جاتے ہیں۔ اسی کے ساتھ، یا تو تخری ملکہ کی پیدا کردہ خراش کی وجہ سے یا بطور ایک تعدیضی عمل کے، انحطاط یافتہ مرکز میراکٹر بظاہر کی ایک دہارت واقع ہو جاتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ مرکز بظاہر کے عین ترین حصے میں چلا جاتا اور درمیانی طبقہ سے مناس ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ بظاہر کی نکاشا اور صلابت موقوف ہو جائے اور انحطاطی عمل درونہ کے طرف پھیل جائے۔ اس حالت میں بظاہر بالآخر ٹوٹ کر ایک قرحہ بن جاتا ہے جسے ”اکتیروما کی قرحہ“ (atheromatous ulcer) کہتے ہیں۔ بہت بار درمیانی طبقہ میں بھی اس جگہ جہاں وہ انحطاط یافتہ بظاہر کے قریب

ہوتا ہے، شحمی انخراط واقع ہو جاتا ہے، لیکن یہاں اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ یہ ایک محض اتفاقی اور خالصاً ثانوی واقعہ ہوتا ہے۔ جیسا کہ بیان کیا گیا ہے بطنانہ کے انخراط یافتہ رقبہ میں کو لیبرٹل شحم اور لیٹڈز وغیرہ موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان میں سے کچھ متغیر ہو کر صابن بن جائیں جس کے بعد مکلس واقع ہو جاتا ہے، لہذا کبھی کبھی بالخصوص شکلی اور طلی میں بڑی بڑی کلسی چلتیاں پائی جاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اور طلی کے تغیرات میں ہیں مختلف الانواع ضررات نظر آ سکتے ہیں۔

چنانچہ ان زرد چکیتوں کے ہمراہ جو بطنانہ میں شحم کے جماؤ کے مقامات پر نمایاں ہوتی ہیں، غیر شفاف سپیدی مائل گدیاں بھی موجود ہو سکتی ہیں جو بطنانہ کی لینی دہازت کا نتیجہ ہوتی اور اپنے نیچے کے شحمی کلبہ کو چمپاتی ہیں، انھیں کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ ہر شحمی طور پر انخراط یافتہ بطنانہ کے اوپری تار نکلات (انتھیرومائی قروح) دیکھیں، یا ایسے کلسی صفحے دیکھیں جو اکثر اوقات شکستہ ورینجہ سرخ خلیوں کے باقیات سے ملوں اور بعض اوقات ایک جداری غلقہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی جب کہ درمیانی طبقہ بھی انخراطی عمل سے ماؤف ہو چکا ہو، کمزور شدہ دیوار کسی حد تک تن جاتی ہے۔ کبھی کبھی یہ بھی ہوتا ہے کہ ایک کلسی صفحہ عرصاً ٹوٹ جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون شریان کے طبقات میں جا گھستا ہے (تقسیمی انورسا = dissecting aneurism)۔ لیکن تا وقتیکہ آتشکی میاں اور طلی التهاب (syphilitic mesoaortitis) بھی موجود نہ ہو، مجھڑی دار ندبات نہیں ہوتے۔ ضررات کے ان خصائص کا اختلاف جو کہ برہنہ آنکھ سے نظر آتے ہیں لیٹڈی انخراط اور بطنانی صلابت کے اضافی تناسبات پر منحصر ہوتا ہے۔ اور طلی کے اندر ایسی چکیتی دار کرہ بھی دہازتیں ممکن ہے کہ نسبت کم نقصان گزریں، لیکن نسبت چھوٹی شریانوں کی حالت میں معاملہ بالکل دوسرا ہوتا ہے۔ یہ چھوٹی شریانیں بھی بہت کچھ مائل طرز کا مضر ظاہر کرتی ہیں۔ وہ دراصل مرکزی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ زیادہ منتشر بھی ہو۔ بطنانہ کی یہ کرہ بھی دہازتیں دونوں کے اندر ابھرتی ہیں اور اس میں تشوہ پیدا کر دیتی ہیں اور علقیت واقع ہو جانے کی وجہ سے دروند باسانی مطوس ہو جاتا ہے، اور اس طرح انفعام پیدا ہو جاتا ہے۔ جہاں درمیانی طبقہ ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے، بے قاعدہ اتساع واقع ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عرق پھٹ جائے یا بالخصوص

ایسے مقامات میں جیسے کہ دماغ، جہاں عروق کو بہت مختصر اہزار قابل ہوتا ہے۔ ماؤف شدہ شریانی رقبہ کی وسعت مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات صرف اوڑھی ماؤف ہوتا ہے، اور بعض اوقات صرف چھوٹی شریانیں یا ایسی شریانوں کا ایک خاص گروہ مثلاً اکیلی، دماغی یا کلوی۔

شریانی انحطاط کی یہ قسم زیادہ بوڑھی عمر کے زمانوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے اور اکثر موت کا سبب ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ یہ نسبتاً ابتدائی عمر میں واقع ہو یا شروع ہو۔ یہاں اُن عمومی جاموں کا تذکرہ کر دینا ضروری ہے جو اکثر غلافوں کی شکل میں ہوتے ہیں اور حاد حمیات کے نتیجہ کے طور پر بطن کے نیچے کی اتصالی بافت کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ ”عاجل ایتھروما“ (early atheroma) کے نام سے اُن کو غالباً غلط طور پر موسوم کیا گیا ہے۔

منتشر بیش تکونی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis)

(شریانی شعری لیفیٹ = arterio-capillary fibrosis)۔ یہ تغیر جو شریانی خون کے دباؤ کی زیادتی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، عموماً اُن اشخاص میں پایا جاتا ہے جو زندگی کے تیسرے عاشرہ سے لیکر پانچویں عاشرہ تک میں ہوتے ہیں۔ ماؤف عروق بالخصوص چھوٹی شریانیں اور شریانات ہوتے ہیں، اور ابتدائی تغیر ان چھوٹی شریانوں کے درمیانی طبقہ کا منشی انقباض معلوم ہوتا ہے۔ درمیانی طبقہ کا عضلہ اور لچکدار عناصر دونوں بیش پروردہ ہو جاتے ہیں، لیکن بعد میں وہ مذبول ہو کر اُن کی جگہ لیفی بافت کے ذرتے لے لیتے ہیں۔ اسی کے ساتھ ساتھ بطن میں خلوی عناصر کا سکارا واقع ہو جاتا ہے، اور بطن کم و بیش یکساں طور پر دبیز ہو جاتا ہے۔ دبیز بطن میں لچکدار ریشوں کی جدید تکوین بھی ہوتی ہے۔ صغیر ترین شریانات میں خاص تغیر بطن ہی میں ہوتا ہے۔ اس قطر پر والے عروق کا درونہ بہت تنگ ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ کلی طور پر مٹوس ہو جائے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضو کے اُس حصے میں جسے ماؤف عروق سے رسد پہنچتی ہے ذبولی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ ماؤف شریانات کا دبیز بطن جلد یا بدیر زجاجی تغیر سے ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ شمعی انحطاط واقع ہو جائے۔

منتشر بیش تکونی صلابت نہایت عام طور پر گردوں میں واقع ہوتی ہے اور

اس کے بعد طحال اور دوسرے اعضا میں جن میں دماغ، بلب، جگر، فوق الکلیہ غدو، اور
 منقبضہ کم بار حصہ اور امعاء مشمول ہیں، لیکن قلب اور کالبد کے عضلات نہیں شامل
 ہیں۔ بڑھی ہوئی میٹلی مزاحمت قلب پر زیادہ کام کا بار ڈال دیتی ہے اور اس کی بائیں
 جانب نہایت معتد بہ بیش پرورش حاصل کر لیتی ہے (ہم مرکزی بیش پرورش
 = concentric hypertrophy)۔ یہ حالت بلا کسی اہم کلوئی تغیر کے موجود ہو سکتی
 ہے، یا ممکن ہے کہ گردے کی مقدار اندازاً ظاہر کریں بلکہ ذرا آتی بھی ہو جائیں لیکن
 یہ کلوئی تغیرات محض ذبولی ہوتے ہیں اور ان کا انحصار کلوئی بابت کے رقبوں کی
 دموی رسد کے منقطع ہو جانے پر ہوتا ہے (وقف الدمی ذبول ischaemic
 atrophy)۔ یہ اقلی منتشر بیش تکوینی صلابت ہے۔

لیکن ممکن ہے کہ ایسے ہی عروقی تغیرات ثانوی طور میں ان گردوں میں
 واقع ہو جائیں جو اولی طور پر منتشر یا مرکزی قسم کے مزمن التهابی تغیرات کا محل وقوع
 ہیں اور یہ عروقی تغیرات التهابی مضرت میں اپنا حصہ شامل کر دیں۔ ان اصابتوں
 میں بھی خون کا دباؤ بڑھ جاتا اور بایاں قلب بیش پروردہ ہو جاتا ہے۔ پس معلوم
 ہوتا ہے کہ گردوں کے ایک مابقی التهابی عارضہ کی وجہ سے خون کے اندر کوئی مادہ
 یا مادے محسوس ہو جاتے ہیں اور گردوں اور دوسرے مقامات میں چھوٹی شریانیں
 اور شریانات کا تنشی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہی عامل یا اور کوئی خراب
 مادہ ان تغیرات کی بھی تحریک کا باعث ہو جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں۔ باہمہ
 ممکن ہے کہ اولی اور ثانوی مرض کے باہمی تعلقات نہایت قریبی ہوں، کیونکہ پایا گیا
 ہے کہ جنگلی التهاب گردہ (war nephritis) سے خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے، درآں
 حالیکہ یہ التهاب گردہ خود بہ ظاہر دفع ہو گیا ہو۔

شریانی صلابت

(arteriosclerosis)

شریانی صلابت کے معنی شریان کی سختی ہے۔ یہ لفظ اکثر محدود مفہوم میں
 منتشر بیش تکوینی صلابت کے مراد کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن سہولت

اس میں ہے کہ ہم کو ایسی اصطلاح حاصل ہو کہ ابھی بیان کئے ہوئے تمام مختلف مزمن شریانی انحطاطات پر بستر مریض کے پاس اس کا استمال کیا جاسکے، کیونکہ دوران زندگی میں ان میں ٹھیک تفریق کرنا اکثر ناممکن ہوگا، اور ممکن ہے یہ سب ایک ہی مرضی عمل کی قسمیں ہوں۔ اس کتاب میں یہ اصطلاح اسی وسیع مفہوم کو ادا کرنے کے لئے استمال کی گئی ہے۔

شریانی صلابت کے اسباب - ممکن ہے یہ مختلف قسمیں اتنا مختلف

مضر ترساں عوامل کی وجہ سے نہ ہوں کہ جتنا ان مختلف زمینوں کی وجہ سے ہوں۔ جن میں جراثیمی سموم یا دیگر عوامل جاگزیں ہوتے ہیں۔ مثلاً نو عمروں میں الہتہابی تغیرات کا نتیجہ وافر اندرونی سکاٹر (منتشر بیش تکوینی صلابت) ہوتا ہے، لیکن بوڑھوں میں (cachectic) اشخاص میں ایسا شدید تعامل ناممکن ہوتا ہے، اور ان کے خون کا دباؤ پست رہتا ہے (انحطاط شینوخی = senile degeneration) (32)۔ البتہ

بتلایا ہے کہ اولی شریانی تغیرات جیسے کہ اتھیروما اور انحطاط پیری ہیں خون کا دباؤ بڑھانے کا رجحان نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس منتشر بیش تکوینی صلابت کے ساتھ خون کا بلند دباؤ پایا جاتا ہے۔ چنانچہ اگر سخت شریان والی تمام اصابتیں شریانی

301

صلابت (arteriosclerosis) کی اصطلاح کے تحت ایک ہی زمرہ میں مجتمع کر دی جائیں تو بعض اصابتوں میں خون کا دباؤ طبی ہوگا اور بعض میں وہ بڑھا ہوا ہوگا۔ شریانی صلابت، اور بالخصوص اتھیروما ان لوگوں کی شریانوں کا ایک عام انحطاط ہے جن کا پیشہ ان کو سخت عضلی بار کا مورد بناتا ہے، لہذا ممکن ہے فشار خون کی متوقف ریادتی ایک سبب معدوم ہو۔ مختلف علامات جو اس کی تسمیہ میں حصہ لینے والے سمجھے گئے ہیں یہ ہیں: — بسیار خوری بالخصوص پروٹینی اور شحمی غذاؤں کی۔ چنانچہ دودھ کی زیادتی کو سبب قرار دیا گیا ہے (57)، اور گوشت خوروں کی نسبت نبات خوروں میں کم فشار خون پایا گیا ہے (58)۔ نفرس، الکحل، سیمہ کا تسم، طیریا اور دوسری حساد سرایتیں معد اپنے جراثیمی سموم کے بالخصوص تپ حرقہ ناقص قوت (hypothyroidism) مرض برائٹ (ملاحظہ ہو منتشر بیش تکوینی صلابت = diffuse hyperplastic sclerosis) اور شاید معافی تسم۔ شریانی صلابت بوڑھے آدمیوں میں زیادہ بیلنس کے ہمراہ موجود ہو سکتی ہے، کیونکہ ان میں پروٹین اور شحم نہایت کثرت سے کھائی جاتی ہیں۔

لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ ذیابیطس شاذی ہو، کیونکہ عروق کی صلابت کی وجہ سے لیبہ کی دموی رسد کا فشل واقع ہو جاتا ہے۔

امراضیات - یہ رائے دی گئی ہے کہ شریانی دیواروں کے عضلی اور لچکدار ہر دو عناصر اولی طور پر کمزور ہو جاتے ہیں۔ اس لئے وہ تن جاتے اور متع ہو جاتے ہیں، اور تنکلس اور تشریحی تبدیلیاں دیواروں کو قوی تر کرنے کا کام دیتی ہیں اور خالص طور پر ان نقطوں پر واقع ہوتی ہیں کہ جہاں جوئے خون کے چکر کھانے کے باعث خاص بار پڑتا ہو، یعنی غموں اور ان جگہوں پر کہ جہاں شریانیں شاخ کی صورت میں پھولتی ہیں تنکلس اندمال کے معنی رکھتا ہے اور ان مقامات پر کبھی انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ شریانی دیوار میں دوسری جگہ یہ عمل منتشر ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ ایک ثانوی امر ہے (59)۔

علامات - ابتدائی درجوں میں شریان جس پذیر ہوتی ہے، اور جب اسے انگلیوں سے دبا کر سارا خون خارج کر دیا جائے تو انگلیوں کے نیچے گھائی جاسکتی ہے۔ شریان موٹی محسوس ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ تنکلس کی وجہ سے اس کی دیوار سخت محسوس ہو۔ عرضی قطر زیادہ ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ شریان کی طوالت بڑھ جانے کی وجہ سے عرق بیچ دار ہو جائے۔ نبضان اکثر کم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی بالکل غائب ہوتا ہے، ممکن ہے کہ علقتیت واقع ہو جائے۔ چونکہ موج نبض کی رفتار شریان کی استواری کے ساتھ ساتھ بڑھتی ہے، لہذا ”گرم تار“ والے نبض نگار (hot wire sphygmograph) کی وساطت سے اول الذکر کی تعیین سے ایک دی ہوئی حالت میں شریانی صلابت کی مقدار ظاہر ہونی چاہئے۔

شریانی صلابت میں اکیلی شریان نہایت عام طور پر اکتھیر ومانی ہو جاتے ہیں، لہذا عضلہ قلب کے تغذیہ میں خلل واقع ہو کر اس کا انخطاط واقع ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے ابتدائی فضل القلب کے علامات موجود ہو سکتے ہیں، یعنی نشتگی، سانس کا پھولنا، اور زور لگانے پر درد۔

شریانی صلابت بعض احوال میں اپنی موجودگی کے باعث مقامی علامات پیدا کر سکتی ہے۔ دماغ میں وہ علقتیت یا نرف پیدا کر کے ان کے میز و مخصوص علامات پیدا کر سکتی ہے۔ شریانی شنج ایک ایسی حالت پیدا کر دیتا ہے جو البیومن بولیت خمی

موجودگی میں یوریا دمویت (uræmia) سے مشابہ ہوتی ہے اور کاذب یوریا دمیت (pseudo-uræmia) کے نام سے موسوم ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 303)۔

تھرمیزو علاج - حفظ ماتقدم اس پر مشتمل ہے کہ اس حالت کے اسباب کا علاج کیا جائے۔ بسیار خوری سے احتراز لازم ہے۔ اصلاح اس وقت بھی جب کہ مرض قائم شدہ ہو واقع ہو سکتی ہے۔ کچھ زمانہ کے لئے البستر پر آرام کرنے کی ہدایت کر دینی چاہئے کیونکہ افقی وضع دوران خون پر سے بار کو دور کر دیتی ہے۔ عموماً آیوڈائڈز (iodides) دیئے جاتے ہیں، اور جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، اگر ناقص درقبت کا کوئی عنصر موجود ہو تو ممکن ہے کہ یہ مفید ہوں۔ خلاصہ درقیہ (thyroid extract) بھی آزمایا جائے (سشریان صلابتی گروے کا علاج بھی ملاحظہ ہو)۔

بلند فشار شریانی

(high arterial pressure)

(hypertension = ارتفاع الضغط)

نوعمند راست بالعمول میں خون کے دباؤ کی طبی جولانی ۹۵ سے ۱۴۰ ملی میٹر ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 229)۔ اکثر یہ تعلیم دی گئی ہے کہ خون کا دباؤ مریض کی عمر کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے۔ فی الحقیقت عمر اور خون کے دباؤ کے متعلق ضابطے بنائے گئے ہیں۔ یہ رائے شہادت کو غیر صحیح طور پر جانچنے سے پیدا ہو گئی ہے۔ ایسے بہت سے بوڑھے شخص موجود ہیں جن کی شریانیں کامل طور پر طبی ہیں اور جن میں خون کا دباؤ طبی ہے۔ اس کے برعکس شریانی مرض جو بذات خود اکثر خون کے دباؤ کی زیادتی، یعنی ارتفاع الضغط پیدا کر دیتا ہے، عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ زیادہ کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور اس واقعہ کی کہ عمر اشخاص کی ایک جماعت کا اوسط فشار خون بڑھا ہوا پایا جاتا ہے توجیہ کرنا ہے۔ ارتفاع الضغط میں ۵۰ تا ۳۰۰ ملی میٹر اور زائد تک کی قیمتیں مندرج ہوتی ہیں۔ یہ زیادتی عموماً اوجھڑ عمر میں، یعنی تیس سال سے اوپر شروع ہو کر اس وقت تک کامل طور پر نمودار ہو جاتی ہے جب کہ بڑھا ہوا نمودار ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ عموماً زندگی کے اسی مرحلے میں پائی جاتی ہے۔ لیکن یہ شیرخواروں بلکہ نوزائیدہ بچہ میں بھی دیکھی گئی ہے۔ یہ عورتوں

نسبت مردوں کو زیادہ متاثر کرتی ہے۔ ممکن ہے شریانی صلابت کے عنوان کے تحت بتائے ہوئے قیاسی عوامل اس کے ذمہ دار ہوں۔

امراضیات - شریانی فشارطبعی حدود کے اندر ایک سے زائد علامات سے متاثر ہوتا ہے۔ مثلاً قلب کے زائد از معمول فعل سے بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت سے اور خون کی لزوجت (69) یا حجم کی زیادتی سے دباؤ بڑھ جائے گا، اگرچہ حجم کی زیادتی غالباً ہمیشہ ایک عارضی حالت ہوتی ہے۔ تاہم ارتفاع الضغط کا خاص سبب محیطی مزاحمت کی زیادتی ہے، جو شاید ابتداءً، بعض شریانات کے استنجی انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن بعد میں اپنی مکمل طور پر قائم شدہ شکل میں یہ شریانات کی دیواروں میں ایک الٹہابی نوعیت کے ورم کی وجہ سے ہوتی ہے جو ابھی منتشرش بلیش تکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (جولانظ ہو)۔ بعض اصابتوں میں خون کے سرخ خلیات اور ہیموگلوبن بہت زیادہ ہو جاتے ہیں (کثرت خلیات ورمیہ = polycythæmia) اور ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں خون کے دباؤ کی زیادتی جزئاً خون کی بڑھی ہوئی لزوجت کا ثانوی اثر ہو۔

ایک طبی شخص پر جس کا انکاشی ورمی فشار فی الحقیقت ۱۰۰ ملی میٹر سے نیچے تھا، تحقیقات عمل میں لانے سے دن کے وقت ۱۰۰ ملی میٹر کی زیادتی اور دوران شب میں ایک تناظر کی پائی گئی۔ یہ زیادتی بالخصوص چائے، کافی اور تمباکو نوشی کی وجہ سے تھی۔ ورزش، دماغی کام، افکار اور جوش و تحریر کے دباؤ بڑھ جاتا اور الکحل سے کم ہو جاتا تھا۔ جبل عالی (Alps) پر تعطل منانے پر ایک نمایاں زیادتی مشاہدے میں آئی (34)۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ ہوا کی تلطیف کی وجہ سے آکسیجن کی کمی و عاحر کی مرکز کو پہنچ کر دیتی ہے۔ تجربہ، کتوں میں بعض کو لائڈی تجہیزات کا اشراب دماغ کے بطبعی نظام کے اندر کرنے سے ارتفاع الضغط پیدا کیا گیا ہے۔ اجسام پائینہ (Pacchonian bodies) جن کی وساطت سے دماغی سنجائی سیال کی تقطیر واقع ہو کر وہ وریدی جوف کے اندر پہنچ جاتا ہے، ان تجہیزات سے مدد ہو جاتے ہیں۔ لہذا دماغی سنجائی سیال کے دباؤ کی ایک مستقل زیادتی ہو کر خون کے دباؤ کی زیادتی ثانوی طور پر پیدا ہو جاتی ہے (17)۔ ایک نوجوان مریض کے پیشاب میں ایک صاخط مادہ

(pressor substance) پایا گیا ہے (68)۔ ایک رائے یہ دی گئی ہے کہ جگر میں ایک سم کو تباہ نہ کرنے کا نقص پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ اس وقت جبکہ دموی یوریا (blood-urea) اور غیر پروٹینی نائٹروجن طبعی ہوں اور یہ کلوی نسل کا غیر مختل ہونا ثابت کرتے ہوں، خون میں امینو تریتوں (amino-acids) یورک ترشہ (uric acid) اور کو لسترل (cholesterol) کا مافیہا بڑھا ہوا ہوتا ہے، پیشاب میں ایمنیا نائٹروجن (ammonia nitrogen) کی مقدار یوریا نائٹروجن کے مقابلہ میں اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی حالت طبعی میں ایسا سب سے کم: ۳۰) اور بولی انڈیکان (indican) کی زیادتی پائی جاتی ہے (71)۔

علامات - اس مرض کے ابتدائی درجوں میں کم از کم بعض اصابتوں میں ارتفاع لفظی ستر نہیں ہوتا بلکہ کبھی کبھی ہوا کرتا ہے۔ ازاں بعد یہ حالت مستقل قائم ہو جاتی ہے بریں کو سر کے دروں، بیخوابی، طنین الاذن اور دوران سر کی شکایت ہو سکتی ہے۔ گردن کی پشت میں قذال (occiput) کے قریب درد کا ہونا نہایت تمیز علامت ہے۔ بلند تناؤ کے خصوصیات حسب ذیل ہیں: (۱) استعمال کردہ آلات پر کے اندراجات (ملاحظہ ہو شکل ۱۳ ب، صفحہ 226)۔ (۲) انگلی کو ایک سخت اور خوب پرشریان کا احساس اس کے ساتھ زیادہ دیر تک قائم رہنے والا انکماش ہوتا ہے، انبساط کے دوران میں شریان کبھی کامل طور پر خالی نہیں ہوتی، وہ انگلی کے نیچے کھائی جاسکتی ہے، لیکن جب اسے انگلی سے دبا کر خالی کر دیا جائے تو دوران انبساط میں یہ ضرور نہیں کہ وہ جس پدیر ہو۔ (۳) کلائی قلب اور زوردار ضربتہ الراس کا ثبوت (۴) مرتبہ اصوات قلب، یعنی راس پر پہلی آواز کی اطالت اور غطاؤ اور اولی رقبہ میں دوسری آواز کی تفخیم یا جمع کار وار نوعیت۔

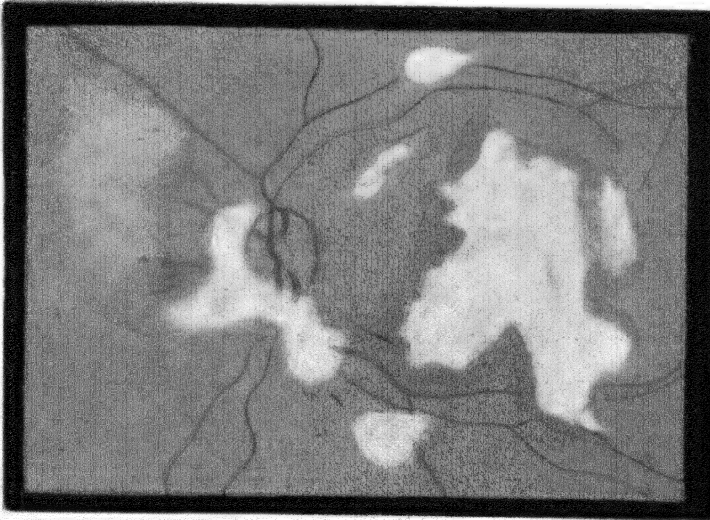
(۵) چشم بین کے ذریعہ متناظر شریانی تغیرات کی تخمین کا ایک قیمتی ذریعہ ہوتا ہے، کیونکہ شبکیہ شریان کے منظر سے یہ دریافت کرنا ممکن ہے کہ دماغی شریان کی کیسا حالت ہے۔ ابتدائی درجے میں چشم بینی تغیرات شریان تک محدود ہوتے ہیں۔ وریدوں کے ساتھ مقابلہ کیا جائے تو عام طور پر شریانوں کا درونہ حسامت میں کم ہو جاتا ہے۔ شبکیہ شریان کی دیواریں طبعی حالت میں نوز کا کسی حد تک انعکاس کردیتی ہیں، جو کہ شریان کے وسط کے طول میں ایک چمکدار دھاری کی طرح دکھائی دیتا ہے۔

شریانی صلابت میں دیواروں کی دبازت کے باعث یہ انفکاس زیادہ ہو جاتا ہے، اور نسبتاً چھوٹی شریانیں تانبے کے تار کی طرح عیقل شدہ نظر آتی ہیں اور ازاں بعد جوں جوں دیوار کی عتیمت بڑھتی جاتی ہے وہ چاندی کے تار کی طرح چمک اوردکھلائی دیتی ہیں۔ یہ چمک دار دمکاری اکثر بے قاعدہ ہوتی ہے اور ایک نقطہ دار منظر پیش کرتی ہے۔ شرائین پچھرا ہوتی ہیں، لیکن چونکہ طبعی شریان اس خصوص میں نہایت مختلف الکلیفیت ہوتی ہے لہذا یہ خاصہ کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔ ان کا درون بے قاعدہ ہوتا ہے۔ وہ اکثر جسامت میں بہت گھٹی ہوئی ہوتی ہیں، اور بعض اوقات یعنی دھاگوں جیسی نظر آتی ہیں۔ بعض اوقات وہ طبعی عرض کی ہوتی ہیں لیکن کہیں کہیں ان پر سپید چمکتی مناجھاؤں کا غلاف چڑھا ہوتا ہے، اور وہ ایک پائپ (pipe) کی نلی کے ٹکڑوں کی طرح نظر آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ کچھ عرصہ کے بعد غائب ہو جائیں۔ شریانی وریدی تقاطعات کے مقامات پر مخصوص و میتر مناظر نظر آتے ہیں۔ اگر وید شریان پر سے ترچھے رخ میں عبور کرتی ہے تو وید کا خط اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور وہ تھوڑے فاصلے تک شریان کے ساتھ ساتھ چلا جاتا ہے۔ جب شریان ورید کے سامنے سے عبور کرتی ہے تو وید مقام تقاطع پر غائب معلوم ہوتی ہے، کیونکہ وہ شریان کی دیر دیواروں کے پیچھے چھپ جاتی ہے۔ وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقاطع کے بعد جانب پر وید پھولی ہوئی ہوتی ہے، لیکن یہ منظر جسے ”بنکوم“ (”banking“) کہتے ہیں ہرگز عام نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴)۔

شبکیتی مناظر (یعنی شریاں صلابتی التهاب شبکیہ arterio-sclerotic retinitis) ایسے ہوتے ہیں جیسے کہ مزمن مرض برائٹ میں ملتے ہیں۔ عصب ریتی تہ میں دقیق نزفات کی وجہ سے چھوٹے شعلہ شکل رقبے نظر آ سکتے ہیں۔ جب نزفات شبکیہ کی عمیق تر تہوں میں موجود ہوتے ہیں تو وہ سری طور پر مدور ہوتے ہیں۔ لیکن ہے کہ ایک بعد کے درجہ میں خوب واضح کوروں والے چھوٹے چمک دار حصے اِدھر اُدھر زیادہ اکثر لٹخنی خطہ (macular region) میں موجود ہوں جس کے گرد وہ ایک نامہوار سنسارہ مماثل شکل بنادیں، یا لیکن ہے وہ ایک ٹکسے نما شکل میں لٹخنی اور بصری قرص (optic disc) کے درمیان واقع ہوں۔ ممکن ہے کہ وہ شبکیتی وریدوں



صلابت شریانی التهاب شبکیہ ایک ایسی عورت میں جس کا انکماش فٹارخون ۳ ملی میٹر پارہ سے
موانعہ طور پر زیادہ تھا اور جو اس تصویر لینے کے تقریباً چار سال بعد ”سکتہ“ سے مر گئی۔
(آر۔ فاسٹر مور)



یہ تصویر کلوی التهاب شبکیہ میں ”روئی کے صیے“ قطعات ظاہر کرتی ہے جو سختی التهاب کلیہ میں
دیکھے جاتے ہیں۔ (ڈبلیو۔ ٹی۔ ہامیز سپاسر)

کے اصلیات کے گرد مجتمع ہوں، لیکن زیادہ اکثر وہ بے قاعدہ طور پر ادھر ادھر منتشر ہوتے ہیں۔ اکثر ان کی ایک بڑی تعداد اس قدر قریب قریب مجتمع ہوتی ہے کہ ایک کچی کاری کے لکڑے سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ تسبیحاتی لحاظ سے یہ چکیتیاں شبکیہ کی بین نواتی تہ میں زجاجی ارتشاح کے گول یا بیضوی تو دوں پر مشتمل ہوتی ہیں۔ شاید ان کے متعلق یہ سمجھنا ممکن ہو کہ ان کی اصلی نوعیت، ان سپید مفعلات کی نوعیت سے مماثل ہے جو شبکیہ شریانی کی چھوٹی شاخوں کی مسدودی سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

غالباً اصابتوں کی اکثریت میں یہ شبکیہ تغیرات مریض کی موت تک قائم رہتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ انصباب شدہ خون جذب ہو کر اصلاح واقع ہو جائے، بلکہ انحطاطی دھبے تک غائب ہو جائیں۔ ابتدائی درجوں میں بصارت کا ضیاع واقع نہیں ہوتا۔ بصارت کی تدریجی خرابی، ناقص و موی رسد کی وجہ سے پیدا ہونے والے شبکیہ کے عصبی عناصر کے انحطاط کے باعث ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ میدان بصارت محدود ہو جائے۔ عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) دیکھا جاسکتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے وقوع سے پہلے قرص (disc) کا کچھ تھوڑا اورم ہو۔ بصارت کا ناگہانی عارضی ضیاع (عارضی مکنت = amaurosis fugax) دبا زت یافتہ شبکیہ شریانی کے سطح کی طرف صوب کیا گیا ہے (جو کہ بعد میں بیان کیا گیا ہے)۔ ناگہانی مسعل کراری حس میں درد بالکل موقوف ہو کر مریض شبکیہ شریانی کی عامیت کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔ شبکیہ صاحب نظر آتا ہے۔ اس کے خلاف لطیفہ شاہ دانہ جیسے سرخ و صبہ کی طرح نظر آتا ہے۔ عروق کے اندر خون کا عمود ٹوٹ کر سرخ خلیتوں کے چھوٹے چھوٹے کندے بن جاتا ہے، جن کے درمیان پلازما کی صاف فضا میں حامل ہوتی ہیں (موشی گاڑی کا منظر = cattle-truck appearance)۔

دوسری حالتیں جو ان اصابتوں میں پائی جاتی ہیں اتنا بلند تناؤ کا ثبوت نہیں جتنا کہ وہ دوران خون کی آن دقتوں کے نتائج ہیں جو بالآخر خراب ترین اصابتوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ وہ حالتیں حسب ذیل ہیں :- خفیف الیومین بولیت، جوتا نومی کلوی مائوفیت کے باعث ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شریانی سلاستی گروہ، صفحہ 532) اگرچہ بیشتر اصابتوں میں ورمیور یا یا تو بڑھا ہوا ہوتا ہی نہیں یا محض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے،

اور گردے کے فعل میں عموماً خفیف سی خرابی ہوتی ہے یا کوئی خرابی ہوتی ہی نہیں جسم کے مختلف حصوں میں نزفات، مثلاً رگاف (epistaxis) نفث الدم (hæmoptysis)، شکیبہ اور زجاجیہ میں کے نزفات، اور شاید چھوٹے چھوٹے دماغی نزفات، بواسیر سے خون کا بہنا و بجز صدریہ (angina pectoris) غار شس، پنڈلیوں میں ایٹمن ہونا۔

بیش تنشی دماغی حملہ یا ذاء الدماغ (encephalopathy) ہو کہ کاذب یوسریمیا (pseudo-uræmia) بھی کہلاتا ہے، بہت ہی میز ہے۔ حملے سے پہلے فشار خون سرعت سے بڑھ جاتا ہے، جو کہ چھوٹی دماغی شریانوں کے شنج یا بعض اوقات دماغی تہج کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ علامات یہ ہیں: عضلات کے عارضی استرخاآت، تشنجات، حبسہ کوری، توہمات، ہذیان، ذہول اور قوما۔ اس سلسلہ علامات کو مزمن دماغی لیدیت (chronic cerebral softening) کے عنوان کے تحت زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

ادلی ارتفاع الضغط کی بہت سی اصابتوں میں سطحی عروق دمویہ کا امتلا شدید درجہ کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے استخاص بڑھتی ہوئی عمر کے ساتھ تو مند و باصحت نظر آئیں، کیونکہ ان کے چہرے کا رنگ سرخ ہوتا ہے اور وہ محض اس سرخ رنگت کی مثالیں معلوم ہوں جو بہت سے تندرست بوڑھوں میں نظر آتا ہے۔ ڈیو لیفائی سردی کی بڑھی ہوئی پس پذیری (برحسبیت) = cryæsthesia کا تذکرہ کرتا ہے جس کی ان مریضوں کو شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے مردہ انگلیاں ہوں یا برو دت بالخصوص جواج زیریں میں محسوس ہوتی ہے اور مریض کو موٹا لباس پہننے پر مجبور کر دیتی ہے، حتیٰ کہ گرم موسموں میں بھی۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں ارتفاع الضغط سے دونوں جواج زیریں میں گنگرین تنگ کی نوبت پہنچ گئی۔ ان اصابتوں کا خاتمہ آخر کار اکیلی علیقت (coronary thrombosis) یا دماغی زف سے ہو جاتا ہے، یا فشل زیر قلب سے کہ جس کے ہمراہ استقامت اور تہج الریہ پائے جاتے ہیں، یا کبھی کبھی یوریا دمویست (uræmia) سے (نام نہاد خبیث بیش تنشی کی اصابتیں)۔ اکیلی علیقت اور دماغی زف میں موت ناگہانی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اگر خون کے دباؤ کی زیادتی کا سبب شناخت ہو سکے تو اسے رفع یا کم

کرنے کی کوششیں کرنی چاہئیں۔ جہاں یہ یقین کرنے کے لئے مستعمل وجہ موجود ہو کہ طرز زندگی بھی اس حالت کے پیدا کرنے میں حصہ لے رہا ہے تو گوشت اور زیادہ نائٹروجن شامل رکھنے والی غذاؤں اور پیوریٹن اِجام شامل رکھنے والی غذاؤں سے محترز رہ کر نیز الکحل چائے، تمباکو اور شدید دماغی اور جسمانی محنت سے پرہیز کر کے مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔ کیلومیٹل (۲ یا ۳ گرین) یا بلیوٹیل (۳ تا ۵ گرین) کبھی کبھی بطور مسہل دے کر اس کے بعد ایک صبحی گھی کمین دینا مناسب ہے۔ جب مریض کو بستر میں کامل آرام لینے کے لئے مجبور کر دیا جاتا ہے تو اکثر خون کا دباؤ بہ سرعت کم ہو جاتا ہے۔ عروقی موسعات، جیسے کہ نائٹروگلیسرین، امال نائٹ رائٹ (amyl nitrite) یا سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ذبحہ کے وقوع کی صورت میں مفید ہو سکتے ہیں۔ یوٹاسیڈیم آیوڈائیڈ عام طور پر دیا جاتا ہے اور بعض اوقات دلک، عضلی ورڈضیں، بلند تو اتری رومیں، اور علاج بالما، نفع بخش ہوں گے۔ چونکہ خون کے دباؤ کی زیادتی غالباً تریانات کے کسی نریا مزمن سخی التهاب کردہ کی تعویض میں ہوتی ہے، لہذا اسے گھٹانے کی کوئی کوشش نہیں کرنی چاہئے۔ ڈیجیٹالس ابتدائی درجوں کے لئے موزوں نہیں، مگر اس وقت قہد ہو سکتا ہے جب کہ قلب ایک ترقی یافتہ درجہ ابتاع میں پہنچ گیا ہو اور تہتج موجود ہو۔ ایسی اصابتوں میں آکسیجنی خیمہ مفید ہوتا ہے۔ ارتفاع الضغط کی ان اصابتوں میں کہ جن میں بلند ہیوگلوبن موجود ہو، اور بالخصوص اس وقت جب کہ ورو سر جیسے علامات موجود ہوں، قصد کے ملکہ پر غور کرنا چاہئے۔ مکن ہے کہ ایک پائٹٹ خون خارج کر دینے سے تسکین ہو جائے، اور پھر محقوڑے محقوڑے وقفوں سے اسے مکرر عمل میں لاسکتے ہیں۔ فشل قلب ہونے کی حالت میں بھی قصد لے سکتے ہیں (نیزہلا حطما ہو شریان صلابتی کردہ)۔

عرجان متوقف

(intermittent claudication)

وقفہ وار لنگردانے یا متوقف عرجان کی اس حالت میں مریض کچھ فاصلہ تک چلنے کے بعد محسوس کرتا ہے کہ اس کی ایک یا دو سرئی ٹانگ میں کمزوری ہے، اور اسی کے ساتھ جکڑ، بھاری پن، سن پنا، چیمسن کے احساسات، درد اور اینٹھن بھی ہوتی ہے،

جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لادما لنگرا کر چلتا ہے۔ جوں جوں وہ آگے بڑھتا ہے درد کے یہ احساسات زیادہ ہوتے جاتے ہیں اور بالآخر وہ مجبور ہو کر ٹہر جاتا ہے۔ ماؤف پاؤں یا ٹانگ میں دوران خون کے اختلال کے امارات ظاہر ہوتے ہیں۔ وہ سرخ ہو جاتی ہے، اکثر ایک زراقتی جھلک کے ساتھ، اور دسبے دار اور متورم ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ پاؤں کی انگلیاں پدید اور ”مردہ“ ہوں۔ کچھ دیر آرام کے بعد یہ علامات بتدیج رفع ہو جاتے ہیں۔

ان علامات کی وجہ یہ ہے کہ ماؤف شریانیں خون کی اس بڑھی ہوئی مقدار کو لے جانے کے ناقابل ہوتی ہیں جس کی جارحہ کو عضلی ورزش کے دوران میں ضرورت ہوتی ہے۔ تقریباً تمام اصابتوں میں ماؤف جارحہ کی ظہری قلمی شریانی (dorsalis pedis artery) میں یا پیٹلی کی قصبیتی موخر (posterior tibial) شریان میں نفس غیر موجود ہوتی ہے (39)۔ خون کا دباؤ بعض اوقات زیادہ ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں خفیف عضلی لاغری اور محیطی اعصاب کا انحطاط (التهاب اعصاب محیطی peripheral neuritis) مشاہدے میں آیا ہے۔ بہت سی مثالوں میں اس شکایت کا نتیجہ جارحہ کی خشک گنگرین کی صورت میں ظاہر ہوا ہے، اور چند اصابتوں میں یہ شکایت جوارح بالا کے مرنے پر تینا ڈکے ساتھ متلازم پائی گئی ہے۔ بعض اوقات دماغی عروق ماؤف ہو جاتے ہیں اور اسی کے ساتھ سریع الزوال فالج نصفی اور دوسرے فالج، کوری، درد سر اور ذہنی علامات بھی ظاہر ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ مریضوں کی غالب تعداد میں شریانوں یا وریدوں کی صلابت، انطماسی شریانی التهاب یا اتھیروما، یا انطماسی علقی التهاب عروق (thrombo angiitis obliterans) کا (جو ملاحظہ ہو) ثبوت ملتا ہے۔ جن اصابتوں میں شریانی صلابت یا انطماسی شریانی التهاب کا کوئی ثبوت نہیں ملتا، اُن میں یہ فرض کر لیا جاتا ہے کہ یہ حالت شریانی شنج کے باعث ہے۔ یہ ایک بالغ زندگی کا مرض ہے۔ اور نفرس، ذیابیطس، اور آتشک اور تمباکو نوشی یا شراب خواری اکثر اس کے پیشرو ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

امراضیات۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب ایک مضبوط پٹی کے ذریعہ ایک

جارحہ کا دوران خون بند کر دیا جائے، اور اس جارحہ کے چند عضلات کو ورزش کرائی جائے تو ان عضلات میں درد پیدا ہوتا ہے۔ یہ درد ایک مادہ، یعنی پ۔عالم کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ فعال عضلہ سے آزاد ہو کر گرد و پیش کی بافتی فضاؤں میں خارج ہو جاتا ہے، اور جو کچھ سخی رسد کو زیادہ کرنے پر غائب ہو جاتا ہے۔

انذار۔ گنگلرین کے آغاز اور صلابت شریانی کے دیگر نتائج سے قطع نظر، بعض خطرناک نہیں ہے۔ علامات کی تسکین، شریان کی اس قابلیت پر ہے کہ آیا وہ مع سکتی ہے یا نہیں۔ اس کا امتحان کرنا ہو تو جسم کے کسی دوسرے حصے کو گرم کرنا چاہئے، مثلاً دھڑ پر گرم موائی غسل کا استعمال کر کے یا دونوں بازوؤں کو سارے کا سارا ایک گرم مفصل میں ڈبو کر جب کہ طبعی تعامل یہ ہوتا ہے کہ ٹانگوں کی جلد کی پتیں بڑھ جاتی ہے (72)۔ تاہم قیاسی یہ تعامل حامل نہ ہو کوئی عملیتی مداخلت انجام نہ دینی چاہئے۔

علاج۔ مریض کو اپنی ورزش محدود کر دینی چاہئے اور دوران خون کو اس نقطہ تک تیز نہ کرنا چاہئے کہ جس پر عروق کے اندر کا تھدا پناغل شروع کر دے۔ بستر میں اکثر آرام لیتے رہنا قرین مصلحت ہو سکتا ہے۔ آشکی امابوں میں آلوڈائڈ آف پوٹاسیم، سلف آرسینال (sulfarsenol) وغیرہ آدماے جاسکتے ہیں، اور وہ مقامی دوائیں جیڑیں ریناڈ میں مستعمل ہیں، نیز سنٹرل برقی غسل، گرم بلند تو اتری روئیں، اور لطیف دنگل اس میں استعمال کی جاسکتی ہیں۔ برقی حرارت رسانی جو دھڑ پر لگائی جائے مفید ثابت ہوتی ہے۔ افقی وضع میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (ہٹاے فی صدی) مہ ہوا کے استعمال کرنا اور اس طرح ہمتہ میں کئی مرتبہ پندرہ منٹ تک سیتی تنفس کرنا مفید ثابت ہوا ہے۔

اگر گنگلرین واقع ہو جائے تو درد کا ازالمہ مارفیا سے کیا جاسکتا ہے، اور مناسب موقع پر باؤف حصہ کو متور کر دینا چاہئے۔ شریان کی حالت، یعنی موجودہ تنکس کی مقدار شعاع نگاری کے ذریعہ متین کی جاسکتی ہے، اور اس سے یہ فیصلہ کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا بتر بہت اوپر یا زیادہ نیچے کرنا چاہئے۔ گنگلرین اور منظور گنگلرین کا علاج اس طرح بھی کیا گیا ہے کہ شریان کے گرد کے اعصاب مشار کی کا استیصال کر دیا گیا ہے تاکہ شریانی شنج موقوف ہو جائے، نیز شریان کے گرد الکحل کا اشراب کیا گیا ہے (40) انطاسی علقی عرقی التهاب میں قطنی مشارک بوری (lumbar sympathectomy)

کرنے سے سولہ مریضوں میں سے نو مریضوں میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں (65)۔

حمرتی وجج الجواج

(erythromelalgia)

اس حالت میں جسے سب سے پہلے ویئر میچیل (Weir Mitchell) نے بیان کیا، پاؤں اور ٹانگوں میں شدید درد کے حملے ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ ہی یا ان کے بعد عروق دمویہ کا اتساع واقع ہوتا ہے جس سے ماؤف حصہ تیز سرخ یا گہرے ارغوانی رنگ کا ہو جاتا ہے، اس کی سطح چمکدار اور وریدی، ابھری ہوئی ہو جاتی ہیں، اور شاید پسینہ بھی نکلتا ہے۔ بعض اوقات جواج بالا اور دھڑلہ بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ درد شدید جلن اور تپک کے ساتھ ہوتا ہے۔ حرارت، ورزش اور جواج کی ٹپکی ہوئی وضع تو یہ حملے شروع ہو جاتے اور بڑھ جاتے ہیں، بروقت سے اور جواج کو اونچا رکھنے سے درد میں قدرے تسکین ہو جاتی ہے۔ ابتداءً یہ حملے چند ہی گھنٹے تک جاری رہتے ہیں لیکن امتداد زمانہ کے ساتھ یہ زیادہ مواعظ اور شاید ساتھ ہی کم شدید ہوتے جاتے ہیں۔ یہ حالت ابتدائی ادھیڑ عمر میں ہو کر ترقی ہے اور بچوں میں شاذ طور پر۔

میچیل کے مریضوں میں سے دو میں بالآخر نخاعی علامات نمودار ہو گئے۔ اول دوسری اصابتیں ایسی دیکھی گئی ہیں جو ہزال نخاع (tabes) نخاعی جو فیتہ (syringo-myelia) اور صلابت منتشر (disseminated sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں۔ حمرتی وجج الجواج کی بعض اصابتیں تم آرگٹ (ergotism) اور انطماسی عقی شریانی التهاب کے باعث ہونا معلوم ہوتی ہیں۔ آخر الذکر مرض میں حمرتی وجج الجواج متوقف سر جان کے ساتھ متلازم پایا گیا ہے، اور خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ وہ ایک تعویضی میکانیہ کے طور پر عمل کرتا ہے، جس سے عروق شعریہ کا اتساع ہو کر حصہ ماؤف کی دموی رس زیادہ ہو جاتی ہے۔ بیروٹشوں کے سم انفاری تسم میں حمرتی وجج الجواج مشاہدے میں آیا ہے۔

علاج بیشتر علامات کے لحاظ سے کیا جاتا ہے: بروقت، مناسب وضع، اور ارفیا کے استعمال سے۔ فرادیت (faradism) اور دلک بھی مفید ثابت ہوئے ہیں۔

جوا سرخی حساسیت (acroparæsthesia)۔ اس میں ہاتھوں اور پاؤں میں ناگوار یا دردناک احساسات، سننا مٹ یا بے حس، یا الپینوں اور سوئیوں کی سی چبھن ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ وعاء کی اختلال بھی ہو۔ یہ فساد مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ ناگوار احساسات اس وقت جب کہ مریض صبح کے وقت بیدار ہوتا ہے، ایک یا دونوں ہاتھوں میں محسوس ہوتے ہیں، اور کچھ عرصہ کے بعد یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات ہاتھ معمولی کے نسبت زیادہ شائب یا زیادہ سرخ، بلکہ متورم بھی ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں دن کے وقت ہاتھوں کا کسی پیشہ میں زیادہ کام میں لایا جانا، یا سونے میں ہاتھوں کی وضع کا ناقص رہنا، اس حالت کے پیدا کرنے کے لئے ایک کافی سبب معلوم ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات اس کا کوئی سبب معلوم نہیں کیا جاسکتا۔ اس کی امراضیات غیر واضح ہے :- یہ فساد وعاء کی شنج سے منسوب کیا گیا ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں اس کی کوئی شہادت نہیں ملتی۔ یہ عمومی شلل (general paralysis)، ظہری مزال نخاع (tabes dorsalis) اور مثل اقسام کے عوارض میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن عموماً یہ ان سے اور مہتر یا سے الگ واقع ہوتا ہے۔ علاج آرام، مقویات، شب کے وقت پوٹاشیم برومائیڈ، اور مستمر برقی رد پز شلل ہے۔

انورسما

(ANEURYSM)

یہ نام (جس کے معنی چوڑا ہو جانے کے ہیں) شریان کے اس اتساع پر اطلاق پذیر ہے جو اس کے ٹم کی کم و بیش محدود وسعت میں ہو۔ انورسے اپنی شکل کے لحاظ سے تکلف نما (fusiform) اور تاجک دار (sacculated) میں منقسم ہیں۔ تکلف نما وہ ہے جس میں عرق کے سالے محیط کا کم و بیش یکساں اتساع ہو جاتا ہے۔ اور تاجک دار وہ ہے جو عرق کی ایک جانب پر ایک گلوبجہ نما ابھار بنا دے، اور جو ترقی یافتہ اصابتوں میں ایک تنگی یا گردن کے ذریعہ عرق سے جڑا ہوا ہو۔ بعض اوقات

بالخصوص جراح یا شکم میں ایک تاجیک دار انورسما ایک اُبھرے ہوئے مقام پر پھٹ جاتا ہے۔ چنانچہ اس سے خون آہستہ آہستہ گرد و پیش کی ساخت میں رس کر ایک رُوب بنا دیتا ہے، جو الٹہابی بافت کے ایک قسم کے دُور سے سے محدود ہوتا ہے۔ اسے انورسما منتشر (diffused aneurysm) کہا گیا ہے۔ بالآخر، ایک تقطیعی انورسما (dissecting aneurysm) اُس وقت بن جاتا ہے جب کہ شریان کے ایک ایسے حصے پر جو اتھیروما سے ماؤف ہو، خون اندرونی اور درمیانی طبقات میں گھس جاتا ہے، اور اُن کے اور بیرونی طبقہ کے درمیان داخل ہو جاتا ہے۔

اسباب۔ انورسما ہر ایسے سبب سے پیدا ہو جاتا ہے جو عرق کو ایک نقطہ پر کمزور کر دے۔ عام ترین سبب اتھیروما ہوتا ہے، بالخصوص بڑے عروق میں جن میں اندرونی اور درمیانی طبقات کمزور ہو جاتے ہیں اور خون کے دباؤ سے ساری دیوار اُس نقطہ پر ڈھیلی پڑ جاتی ہے۔ نسبتاً چھوٹے عروق، مثلاً دماغ اور پھیپھڑوں کے عروق میں ممکن ہے کہ عرق شریانی الٹہاب کے اُن مقامی اسباب سے کمزور پڑ جائے جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (مثلاً سدادیت سے یا تدرن کے حملہ سے)۔ بیرونی طبقہ کے جراحی تضررات بھی انورسما پیدا کر دیتے ہیں۔ خراش ایک اور سبب مُعَدَّ ہے، اور قدیم زمانہ میں جب کہ آج کل کے نسبت سواری اسب کار و اج زیادہ عام تھا، یہ شریان ماعبضی کے انورسما (popliteal aneurysm) کی کثرت وقوع کا باعث تھا۔ اُن نسبت زیادہ عام اسباب میں جو انورسما کے معد ہوتے ہیں، آتشک ایک اہم مرتبہ رکھتی ہے اور غالباً زیادہ بار بھی جو دوران خون کے ذریعہ سے اثر کرتا ہے۔

مرضی تشریح۔ نتائج کے متعلق مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص تاجیک دار قسموں پر ہے۔ ایک نتیجہ خود تاج کے اندر کے خون کی تروییب ہے۔ چونکہ ایسا خون راست روکنے باہر ہوتا ہے، لہذا یہ زیادہ آہستگی سے حرکت کرتا ہے، نیز انورسما کی تاج کی نامواری اس کی تروییب میں مدد ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شاحب نہ روی مائل رنگ کی فائبرینی فراہمیوں کی متوالی تہیں تاج میں استر بنا دیتی یا اسے تقریباً کر دیتی ہیں۔ اور انہی فائبرینی تہوں سے تاج کی کامل پُری ہو جانے سے ممکن ہے کہ انورسما سے مطلقاً یا شفا یاب ہو جائیں عرق خاص سے رابطہ جس قدر

آزادانہ رہے گا، فائبرین بننے کا امکان اُسی قدر کم ہوگا۔ چنانچہ مکملہ نما انورسا میں ایسی کوئی فراہمیاں نہیں واقع ہوتیں۔
انورسا کا ایک دوسرا نتیجہ گرد و پیش کے حصوں پر اس کا دباؤ ہے۔ ممکن ہو کہ ساجہ بہت بڑی جسامت حاصل کر لے۔ ایک انورسا جس کا نمونہ گائزماپٹل (Guy's Hospital) کے عجائب خانہ میں موجود ہے، اور جو محراب اور طی سے نکلا ہے، اس کا قطرہ انچ تھا۔

انورسا کا ایک تیسرا اثر نزف ہے، جو اکثر موت کا سبب ہو جاتا ہے۔ کھوکھلے احشاء اور مصلی کہفوں کے اندر انشعاقات کا وقوع اکثر سریع ہلاکت پیدا کر دیتا ہے۔ اتصالی بافت یا بین عضلی فضاؤں میں انشعاقات اکثر نسبت بہت تدریجی اثر پیدا کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ جب وہ جوالج میں ہوں تو کامیاب علاج کا موقع دیں۔
علامات - ان کی تقسیم اس طرح کی جاسکتی ہے: وہ علامات جو تمام انورسموں کیلئے عام ہوتے ہیں، اور وہ علامات جو انورسا کے مقام وقوع پر منحصر ہوتے ہیں۔
وہ علامات جو جسم کے ہر حصے کے لئے مشترک ہوتے ہیں یہ ہیں :- (۱) سلعہ - 307
(۲) نبضان - (۳) خریر - (۴) درد - (۵) دباؤ کے دوسرے اثرات -

صدری اور طی کا انورسا

انورسا صدری اور طی میں سکمانڈینے یعنی مصرعوں سے لے کر ڈائفرام تک کسی بھی حصہ میں واقع ہو سکتا ہے۔ لیکن پہلا اور دوسرا حصہ بیشتر اوقات ماؤف ہوتا ہے، اور ان حصوں میں سارے قطرہ کے بے قاعدہ اتساعات سے لے کر حقیقی تاجکی انورسا تک تمام اقسام واقع ہوتے ہیں۔ دونوں صنفوں میں اوسط عمر جس میں حملہ ہوتا ہے ۴۰ سال یا اس سے ذرا اوپر ہے۔ یہ مردوں میں نسبت بہت زیادہ عام طور پر واقع ہوتا ہے (عورتوں کی ۶۸ مثالوں کے مقابلہ میں اُن کی ۵۰ مثالیں) (65)۔

علامات - یہ بخوبی سہولت میں زمروں میں بیان کئے جاتے ہیں جن کا انحصار انورسا کے محل وقوع اور سمت بالیدگی پر ہوتا ہے۔ لیکن یہ نہیں خیال کر لینا چاہئے کہ ایک خاص علامت پیدا کرنے کے لئے انورسا کو ہمیشہ ایک خاص مقام پر ہی

ہونا چاہیے۔ اور طی صاعد کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب ”امارات طبیعیہ والا انورسما“
 (”aneurysm of physical signs“) کو حق بجانب ثابت کر دیتا ہے، اپنے
 ممر میں پیلیوں اور عظم القص کو متاثر کرتا ہوا آگے کی طرف بڑھ جاتا ہے اور خود کو بطور
 ایک دردناک اور الیم نابض سلسلہ کے دوسری یا تیسری دائیں بین صلیبی فضا میں یا
 نسبتہ شاذ طور پر دوسری یا تیسری بائیں فضا میں ظاہر کرتا ہے۔ اُس پر ایک نرم
 انکماش خریہ سنائی دیتا ہے۔ اس خطہ کا ایک سلسلہ دائیں طرف بڑھ جاتا ہے اور فوقانی
 وریڈ اجوف پر دباؤ ڈال کر بازوؤں کا آؤیما پیدا کر دیتا ہے، یا وہ دائیں سینہ کے
 بالائی حصہ میں بڑھ جاتا ہے اور دائیں شش کے بالائی نختہ کو یا اس کے اندر جانے
 والے شعبہ کو مضبوط کر دیتا، اور تنناظر رقبہ پر آواز تنفس کی کمی اور بعد کے درجہ میں صمیت
 پیدا کر دیتا ہے۔ بائیں طرف ایک انورسما شریان ریوی کو دبا سکتا، دائیں قلب کا
 اتساع پیدا کر سکتا، اور بالآخر شریان ریوی کے اندر دبا ہو سکتا ہے۔ اور طی انورسما
 شاذ موقوفوں پر ایک یا دوسری خاص ریوی شخ کے اندر دائیں بطن کے اندر دائیں
 اذین کے اندر بائیں اذین کے اندر اور فوقانی وریڈ اجوف (دوقالی نما انورسما
 = varicose aneurysm) کے اندر دبا ہو گئے ہیں۔ اس طرح کے ارتباطات کی تقریباً
 تمام اصابتوں میں جب مریض کافی طویل عرصہ تک زندگی گزار چکا ہو، تو ایک خریہ غائی
 دیتا ہے۔ اور بعض اصابتوں میں اس کے ناورضعات یہ ہوتے ہیں کہ وہ ایک مسلسل یا
 موج دار خریہ ہوتا ہے، جو بظاہر پہلی امد دوسری دونوں آوازوں کو ڈھانک دیتا
 ہے، اور بالخصوص کرحٹ، نفی یا گرج دار ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ خریہ
 دوہرا، یا صرف انکماش ہوتا ہے۔ اکثر ایک ذبذبہ موجود ہوتا ہے۔ اور طی صاعد
 کے انورسماؤں کا ایک خیزنا در الوقوع اختتام اُن کا نام انورسما کے اندر اشتقاق
 ہے۔

اور طی انورسما کا ایک تشخیصی خاصہ جس کو اہمیت دی جاتی ہے، یہ ہے کہ
 اُس میں اور طی دوسری آواز کی استثنائی بلندی پائی جاتی ہے اور اُتار کو یا قسیم چوبی
 مسامع الصدر پر رکھے ہوئے کان کو ایک دھکے کا احساس ہوتا ہے (انسساطی صدمہ
 یا بائر گشت = diastolic shock or rebound)۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک

انورسما اور طبی دہنہ میں متداخل ہو جائے اور اس طرح اور طبی باز روی (aortic regurgitation) پیدا کر دے جس کے ساتھ دوسری آواز غالب ہو جاتی ہے۔

مکمل ہے کہ محراب اور طبی کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب ”علامات والا انورسما“ (“aneurysm of symptoms”) کو سمجھنا بت کرتا ہے، اوپر کے طرف قاعدہ گردن تک بڑھ جائے، جہاں وہ ایک نابض سلعہ بنا دیتا ہے اور سبباتی یا لالہ اسی شریان کے انورسما سے بمثل شناخت کیا جاتا ہے۔ دباؤ کے اثرات جب وہ موجود ہوں بالخصوص قصبہ الریہ کے تعلق میں پیدا ہوتے ہیں اور ضررہ اور بہر پیدا کر دیتے ہیں۔ اور خود سلعہ کی موجودگی عظم القص کے بالائی سرے پر اہمیت سے اور ایک خریز سے ظاہر ہوتی ہے۔ اس تمام پر ایک بڑا انورسما قصبہ الریہ پر دباؤ ڈال کر سنجہ کو نیچے اور بائیں طرف کھینچ سکتا ہے۔ پھر یہ بھی ممکن ہے کہ یہ انورسما نیچے کے طرف بڑھ جائے اور بائیں شہت پر دباؤ ڈال کر وہ طبی امارات پیدا کر دے جو بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 145)۔ شہت پر دباؤ یا قصبہ الریہ کے ساتھ انضمام ایک طبی امارت پیدا کر دیتا ہے جسے قصبی کشاکش (tracheal tugging) کہتے ہیں اور یہ اس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مریض سیدی کھڑی وضع میں ہو اس کا منہ بند اور ٹھنڈی انتہائی درجہ تک اور پراٹھی ہوئی ہو جاتی غصروف کو انگلی اور انگوٹھے سے پکڑ کر آہستہ سے اوپر اٹھایا جاتا ہے، جبکہ حلق کو پکڑنے والی انگلیوں کو انورسما کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔ خفیف کشاکش بعض تندرست اشخاص میں بھی معلوم ہوتی ہے، لیکن نمایاں حرکت ہو تو وہ انورسما کی ایک قابل قدر علامت ہے۔ اگر انورسما کا دباؤ باز گرد سنجی عصب پر پڑے (جو بائیں شہت کے گرد لپٹی ہے) تو بائیں جبل الصوت کے عضلات متعده کا شلل (abductor paralysis) پیدا ہو کر ازاں بعد عضلہ مقربہ کا ”شلی تقبض“ واقع ہو جاتا ہے، اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ جبل مزمار کے وسط میں آ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ کئی قدر ضررہ اور ایک دوری رتی یا تخیلی کھانسی (clanging or “brassy” cough) پیدا ہو جائے۔

مکمل ہے اور طبی نازل کے انورسما مری پر دباؤ ڈالیں اور عسلع یا غذا کی باز روی پیدا کر دیں یا وہ صدری قنات پر دباؤ ڈالیں۔ اگر یہ انورسما نیچے کی طرف بڑھ رہا ہو تو وہ ریڑھ کی عظمی بافت کو کھالیتا ہے، بین ضلی اعصاب کو دبا کر شدید درد پیدا

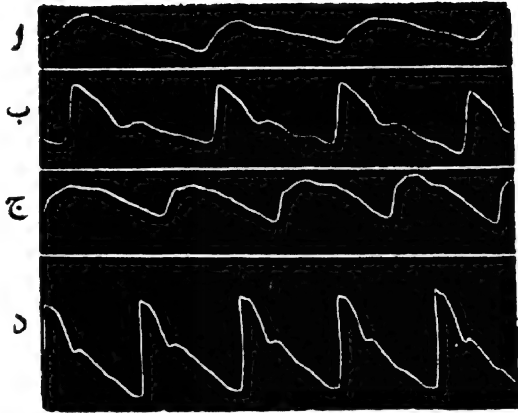
کر دیتا ہے، اور ازاں بعد شجاع کو مبتلا کر کے پافالچ (paraplegia) پیدا کر دیتا ہے۔ اگرچہ فقرات متاثر ہوتے ہیں تاہم بین فقری غضروف مسلم رہتے ہیں۔ ایسے حالات میں اکثر پیچھے ریٹم کی ہڈی پر ایک خیر رسنائی دیتا ہے۔ ممکن ہے انورسا جانباً بڑھ جائے، ایسی صورت میں وہ شش کو دبا کر پیچکا دیتا ہے، اور محدود المقام اہمیت پیدا کر دیتا اور تنفسی خریک کو غائب کر دیتا ہے۔

کعبری نبضوں کی علام

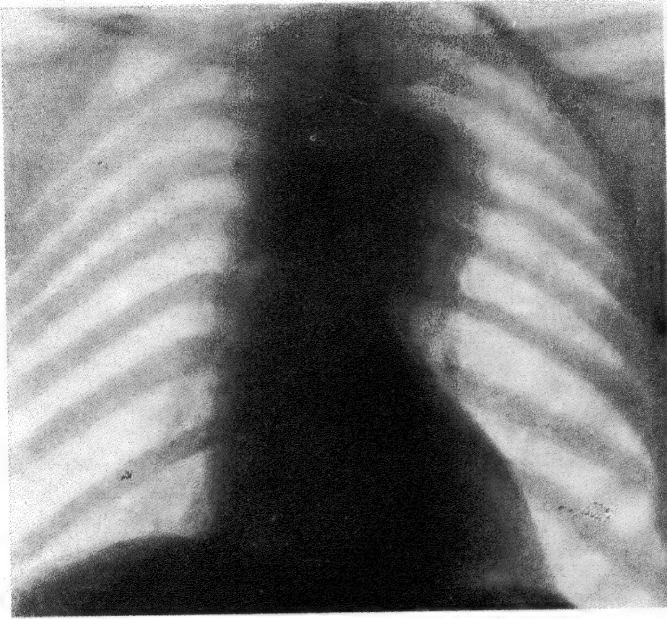
مساوات۔ اگر انورسا لا اسی شریان یا بائیں زیر ترقوی شریان کو دبائے یا ان میں سے کسی ایک کے مبداء کے مقام پر ایک روہبناگر عوق کو مسدود کر دے تو متناظر نبض نسبت کم دباؤ رکھتی ہے اور اس کی نبض نگاری ترسیم کے اندر ایک دھلواں ضرب صاعد پائی جاتی ہے (شکل ۴، 'ا'، 'ب'، 'د')۔

عدم مساوات حلقہ واحد قی لا تساوی = anisocoria) کو عموماً عصب مشار کی کے ریشوں میں مداخلت ہو جانے کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔ کسی بھی جہات

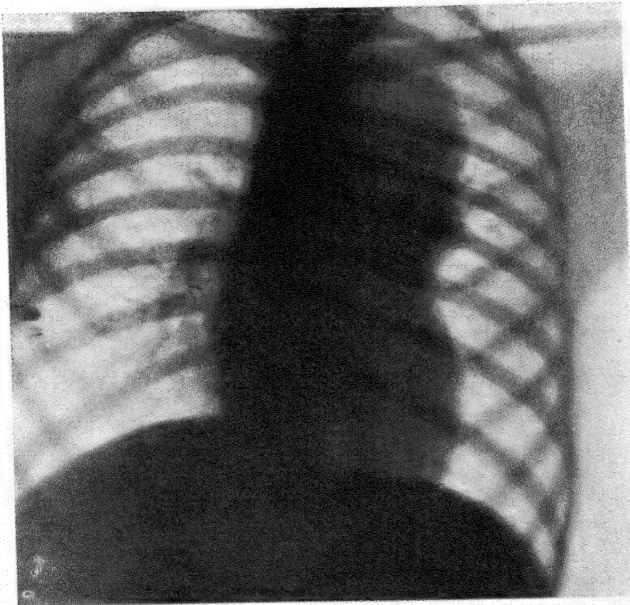
کے انورسا کے ساتھ لاغری، کھانسی، زور لگانے پر یادوروں کی شکل میں بہر اور درد کا پیدا ہونا عام متلازمات ہیں۔ موت اکثر عضلہ قلب کے متلازم تغیرات سے (جو اکیلی عروق کی صلابت کا ثانوی نتیجہ ہیں) واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات وہ ایسے اعضا جیسے کہ مری، قصبۃ الریہ یا شہت پر دباؤ پڑنے اور ان کے ضروری افعال میں مزاحمت ہونے کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے۔ یا شش پر دباؤ پڑنے اور اس میں التهابی اور عفونی اعمال کی وجہ سے



شکل ۴۔ نبض نگاری ترسیمات۔ ۱۔ ایک مریض میں جس میں انورسا لا اسی شریان کو دبا رہا تھا، ان میں کعبری۔ ج۔ اسی مریض میں بائیں نبض کعبری۔ ج۔ زیر ترقوی شریان کے پیچکاؤ میں نبض کعبری۔ د۔ اتھرووائی شریان، جو طبعی ترسیم ظاہر کرتی ہے۔ دباؤ میٹر اونس۔



الف۔ اورطی کا تپکی اینورسما۔



ب۔ مرض ہاجکن جس میں واسطہ چوڑا ہو گیا ہے۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر
لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

یابا آخر تاج کے اشتقاق اور نرف کا وقوع یا تو خارجاً جلد کی راہ سے، یا مری یا تا موریا پٹیورانی تاج کے اندر ہو جانے کی وجہ سے۔

تشخیصیں۔ علامات اور طبی آمارات پر غور و فکر کرنے سے ممکن ہے کہ اُورطی انورسا کی تشخیص کا کچھ ایسا ہو۔ لیکن آخری تشخیص ہمیشہ لاشعاعوں کے ذریعہ سے کرنی چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵ الف)۔

ایک انورسا اور دائیں قلب، شریان ریوی یا وریدا جوف کے درمیان ارتباط کی موجودگی کی تشخیص اکثر مشکل ہوتی ہے۔ حتیٰ کہ اشتقاق کے وقوع کا وقت بھی ہمیشہ شناخت میں نہیں آسکتا۔ بعض اصابتوں میں پھر زراق اور استقائے شکمی میں دفعۃً زیادتی ہو جاتی ہے۔ سب سے زیادہ متمیز آمارت وہ مد و جزری خریر ہے، جو انکماش و انبساط دونوں کو حاوی ہوتا ہے، اور اس خریر سے مشابہ ہوتا ہے جو مفتوح قفاۃ ثریا کی مثالوں میں سنا جاتا ہے۔ لیکن یہ نصف سے کم اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔

انذار۔ عضلہ قلب کی حالت کا لحاظ کرنا ضروری ہے۔ تمام صدری انورساؤں میں، بشمول عید انورساؤں کے، زندگی کی اوسط مدت، ان کے سغناخت ہونے کے بعد ڈیڑھ سال اور دو سال کے درمیان ہے۔ لیکن وسطی (median) مدت اس سے بہت کم ہوتی ہے یعنی ۱۲ مہینے۔ بالفاظ دیگر اکثر مریض ۱۲ مہینے کے اندر مر جاتے ہیں، اور اوسط مدت کو وہ مریض بڑھاتے ہیں کہ جن میں زندگی اطالت پذیر ہو جاتی ہے۔ اس بیان کا اطلاق مردوں اور عورتوں پر ہوتا ہے۔ واحد انورسموں کی صورت میں زندہ رہنے کی مدت، عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے، لیکن جب انورسمے عدید ہوں تو معاملہ اس کے برعکس ہوتا ہے (65)۔

علاج۔ سینہ کے انورسا کا علاج عموماً مندرجہ ذیل پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۱) آرام و سکون۔ (۲) شدید غذا۔ (۳) واقعات درد اور ممکنات کا استحالہ۔ (۴) آیوڈائڈ آف پوٹاشیم۔ بعضوں کی رائے ہے کہ مریض کو بستر میں لیٹے ہوئے رہ کر کلی طور پر آرام لینا چاہئے اور اسے کسی وجہ سے بھی اٹھ کر بیٹھنے یا کھڑے ہونے کی اجازت ہرگز نہ دی جائے۔ لیکن اس طریقہ عمل کی خوبی نہایت مشتبہ ہے، بالخصوص اس لئے کہ بہت سی اصابتوں میں بالآخر عضلہ قلب کے تغیرات موت کا باعث

ہو جاتے ہیں۔ تاہم نہایت زیادہ ورزش سے محترز رہنا بہت اہم ہے۔ ٹنفنیل (Tufnell) نے جو کلی آرام و سکون کا بڑا حامی تھا، ایسی غذا دینے کی سفارش کی جس میں روزانہ ۱۰ اونس جامدات (معموم ۳ اونس گوشت) اور ۱۰ اونس سیال تین وقت کے کھانوں میں تقسیم کر کے دئے جاتے تھے۔ لیکن یہ غذا نہایت صبر آزا ہوتی ہے اور چند ہی مریض اسے لینے پر راضی ہوں گے۔ افیون یا مارفیا عموماً تخفیف درد، نیند لانے، یا بیچینی رفع کرنے کے لئے دیا جاتا ہے، لیکن دوسرے ممکنات بھی کارآمد ہو سکتے ہیں مثلاً برومائیڈ آف پوٹاسیئم کلورل پیرلڈی ہائیڈر، یا سلفوئل۔ بیلاڈونا کے اساقات یا سردی یا فصد کے ذریعہ اختوار اسخون نکالنے سے بھی درد میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ آیوڈائیڈ آف پوٹاسیئم انورسما میں ترویب خون پر خاص اثر رکھتا ہے، کیونکہ اس کے استعمال سے باوجود یکہ غذا میں کوئی تحدید نہ کی گئی ہو، نبضان اور درد میں کمی ہو کر مریض کی حالت میں بہت اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ اسے بڑھتی ہوئی متعادوں میں روزانہ ۶۰، ۹۰، یا ۱۰۰ اگر تین تک دینا چاہئے۔ کولٹ (Colt) نے انورسما میں "سار داخل کرنے" کا ایک سادہ طریقہ ایجاد کیا ہے۔ جلد کو علیم المحس کرنے کے بعد تاجہ میں ایک قنولچہ اور ایک مبزل داخل کر دیا جاتا ہے۔ اگر خون کا آزادانہ بہاؤ ہو تو ایک ظرف (container) میں تاروں کا ایک ملا ہوا سلسلہ قنولچہ کی راہ سے داخل کیا جاتا ہے، اور تاجہ میں داخل ہونے کے بعد یہ تار ایک چھتری کی صورت میں کھل جاتے ہیں اور خون کی جمید واقع کرتے ہیں۔ تھیوڈور ٹامسن (Theodore Thompson) نے نہایت ہی حیرت انگیز کامیابی کی اطلاع دی ہے، لیکن دو تین اسانبتوں میں راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ نہایت ہی نمایاں طور پر تمد و پذیر نبضان کے باوجود تاجہ سے بالکل خون نہیں نکلتا۔

شکی انورسما

امراضیات۔ اس کا معمولی محل وقوع ڈائفرام اور فوقانی ماساریقی شریا کے مبداء کے درمیان ہے، اور وہ اکثر محور شکی (coeliac axis) کے مبداء کو مؤلف

کرتا ہے۔ دورانِ بالیدگی میں ممکن ہے کہ وہ متصلہ اعضاء سے مداخلت کرے اور ویداجوف کو دبائے یا فقرات کو متکمل کرے۔ فوقانی ماساریقی کے یا حرقنی شریانات کے انورسا نسبتہ کم عام ہوتے ہیں، اور یہاں اُن پر خاص طور پر غور نہیں کیا جائے گا۔

علامات حسب ذیل ہیں :- درد، ایک نابض سلعہ کی موجودگی جس پر خیر ہو، اور بعض اوقات دباؤ کی امارات۔ دہرہ شکم کے اندر ہوتا ہے، اکثر شدید اور نوعیت میں دوری یا وجع العصبی (neuralgie) ہوتا ہے، اور ران یا پشت کے اندر ہر طرف تشعشع کر سکتا ہے۔ سلعہ، قدرتی طور پر مقام ضرر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ وہ شریانی خط میں، خطر و سلی میں یا قدرے دائیں طرف کو ہوتا ہے۔ وہ گلوبوچنا یا بیضوی، نابض اور تند دہیر ہوتا ہے، اور ڈائفرام کے حرکات سے بالکل متاثر نہیں ہوتا یا شاید ہی متاثر ہوتا ہے۔ عموماً اس پر ایک انگلی شریانی خیر نہا جاسکتا ہے۔ سوائے درد کے دوسرے امارات عام نہیں، کیونکہ مختلف اعضاء اس کے تقدم پر آسانی ہٹ جاتے ہیں۔ اوسط عمر کہ جس میں مرض کا آغاز ہوتا ہے، مردوں میں ۳۶ سال ہے، اور انورسا کی مدت ۸ مہینے ہے، اور وسطی مدت ۱۲ مہینے۔ موت کا وقوع عموماً پس باریطونی بافت کے اندر، یا باریطون میں، یا کھوکھلے احشاء میں سے کسی ایک حشاء کے اندر تاجہ کے اشتقاق سے ہوتا ہے۔ تشخیص - عورتوں میں شکم کا جس کرنے پر طبی اور ملی کا نبضان نہایت عام طور پر محسوس ہوا کرتا ہے، بالخصوص اگر ان کی دیوار شکم کے عضلات کمزور ہوں۔ نا عجیب اسے اکثر غلطی سے شکمی انورسا سمجھ لیتے ہیں۔ شکمی انورسا کو اور ملی کے سامنے واقع ہونے والے سلعات سے بھی تمیز کرنا چاہئے، بالخصوص سرطان معلا (carcinoma of

310

the stomach) اور نسبتہ کم عام طور پر مہراسا کے سرطان سے، جن میں مندرست اور ملی کا نبضان منتقل ہو جاتا ہے۔ اور ملی پر کے سلعات جا بنا نہیں پھیلتے، اور اکثر شکل میں نا ہموار یا گرہ دار ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں جب مریض کو آوند حایا اس کے ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل اس طرح رکھا جاتا ہے کہ سلعہ اور ملی سے دور گر جاتا ہے، تو یہ نبضان موقوف ہو جاتا ہے۔ گہرا سانس لینے پر سرطانِ معدہ اپنی جگہ سے زیادہ ہٹ جاتا ہے اور انورسا اتنا نہیں ہٹتا۔

علاج - یہ انہی امول پر ہونا چاہئے جو صدری انورسا کے عنوان کے تحت

بتائے گئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات شکمی انورسا ایک مناغظ (tourniquet) کے ذریعہ قریب یا بعدی انضساط سے یا دوسرے جراحی ذرائع سے علاج پذیر ہوتا ہے۔ شکم شگافی کے دوران میں کولٹ (Colt) کے ماردانل کئے جاسکتے ہیں۔

اورطی کا پیدائشی تضایق

(congenital coarctation of the aorta)

یہ حالت اس لئے نادر ہے کہ اس کو شاید طور پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ اس میں تنقاة شریانی کے ساتھ اتصال کے مقام پر اور بائیں زیر تر قوی شریان کے مبداء سے ذرا آگے، اور طلی کی ضیق یا کامل انطاس ہو جاتا ہے۔ اگر ایسا بچہ زندہ رہے تو اس کے دھڑ اور جوارح زیرین کے دوران خون کو اس طرح مدد ملتی ہے کہ ایک طرف تو زیر تر قوی اور ابلی شریان کی شاخوں کے درمیان اور دوسری طرف صیدی شریان (thoracic arteries) اور شریانی شریان کے درمیان تغم ہو جاتا ہے۔ تغم کرنے والی شریان خون کی مطلوبہ مقدار لے جانے کے لئے بہت زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں اور بڑی بڑی پیچدار نابض عروق بنادیتی ہیں جو بالخصوص عظم الکف کے ظہری کنارے کے ساتھ ساتھ اور اسکے زاویہ پر نیز دیگر مقامات پر محسوس کی جاسکتی ہیں۔ فشار خون بلند اور قلب بیش پروردہ ہوتا ہے اور یہ خون کو اس تنگ نمتہ کی راہ سے دھکیلتے ہیں۔ اتساع نہیں ہوتا۔ لاشعائیں ضلعی کناروں پر متع شریانی تہمت کے دباؤ سے پڑے ہوئے اختفاضات ظاہر کرتی ہیں لیکن ہے متع پستانی شریانوں کی وجہ سے عظم القص کے جوانب میں انکماش خیرات ہوں۔ لیکن ہے کہ شکمی اور طلی اور خرقنی اور خذی عروق نبضان سے متراہوں یا ان میں صرف خفیف ما نبضان ہوتا ہو، جس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ اور طلی کی راہ سے ان میں خون پہنچے تک خون کی رکاوٹ رکھتا ہے۔ عضدی اور خذی شریانات میں فشار خون کا مختلف ہونا ایک مفید تشخیصی نکتہ ہے۔ یہ نامکن نہیں ہے کہ اس حالت میں رہتے ہوئے سخت عضلی تہمت کی زندگی بسر کی جائے۔ ناگہانی فشل قلب ہونے کا احتمال ہے۔ تشخیص تمام نوجوان موضوعوں میں کہ جن میں مواعظ بلند فشار خون ہو، خذی شریانات کو جس کرنے اور عظام الکف کے گرد تہمت کو تلاش کرنے پر منحصر ہے (61)۔

مرض ریناؤڈ

(RAYNAUD'S DISEASE)

یہ عارضہ جسے پہلے پہل ریناؤڈ نے ۱۸۶۲ء میں جراح کے مقامی اختناق اور تشاکل کنگریزین کے نام سے بیان کیا، نسبتاً چھوٹے شرائین، عموماً اصبغی شرائین کے ایکہ شنجی مقامی انقباض کے باعث ہوتا ہے جس کی وجہ سے ماؤف حصوں کے دوران کی تعویق یا ایقان واقع ہو جاتا ہے۔ اب تک ریناؤڈ کے مرض کا سبب و عاخر کی شنج ہی سمجھا گیا تھا اور مشار کی زنجیر کے بعض حصوں کے استیصال سے اس مرض میں مختلف درجہ کی تخفیف حاصل ہوئی تھی۔ قیاساً ایسا شنج، معافی رکود سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے جو تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے اور آئن ہارن کے اثنا عشری انہوبہ (Einhorn's duodenal tube) سے آنتوں کی تفصیل کرنے سے علامات دور کئے جاسکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کہ مزمن قبض کی شکایت رکھنے والے اشخاص اکثر ہاتھ پاؤں کے ٹھنڈے پڑ جانے کی شکایت کرتے ہیں۔ لیکن اب تازہ مشاہدات کی بنا پر دعویٰ کیا جاتا ہے کہ شرائین بلا واسطہ ماؤف ہو جاتے ہیں اور یہ کہ وعاخر کی نظام محض ایک ثانوی حیثیت سے حصہ لیتا ہے (16) اگرچہ اس کے متعلق پھر شبہ کیا جا چکا ہے (70)۔

اسباب - یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں بہت زیادہ اکثر وقوع ہوتا ہے اور ابتداء عام طور پر پندرہ اور تیس سال کی عمر کے درمیان، حتیٰ کہ بچپن میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ سردی اور جذباتی اختلال اس کے اسباب سمجھے ہیں۔ بہت سے مریض نازک یا عذیم الدم، عصبی یا ہسٹیریائی مزاج رکھنے والے ہوتے ہیں، لیکن بعض ایسے معلوم ہوتے ہیں گویا وہ وقوع مرض سے پہلے تک اچھی صحت میں تھے۔ مرض ریناؤڈ کے ساتھ ہیموگلوبین بولیت (haemoglobinuria)، التهاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis)، اور مختلف جلدی ثورات، بالخصوص صلابت جلد (scleroderma) یا صلابت انگشت (sclerodactylia) پائے گئے ہیں۔ آخر الذکر حالت میں انگلیوں کی جلد موٹی، چکنی اور چمکدار ہو جاتی اور بالآخر مذبول ہو جاتی ہے۔

علامات - دوران حملہ میں جو سردی یا جذبات کی وجہ سے یا خود بخود نمودار ہو سکتا ہے، ایک یا زائد انگلیاں سرد، سن اور دردناک ہو جاتی ہیں۔ ان کا رنگ یا تو سپید (مقامی غشیان) یا نیلگوں یا لیل سپید، بنفشی، سلیٹ کے رنگ کا، حتیٰ کہ سیاہ (مقامی اختناق) ہوتا ہے۔ جب انگلیاں نیلی ہوتی ہیں تو انہیں دبانے سے ایک سپید و صبہ پیدا ہو جاتا ہے، جو اپنا سابقہ نیلا رنگ صرف آہستہ آہستہ ہی پھر حاصل کرتا ہے۔ جارح کا متصلہ حصہ اکثر کسی قدر سوجا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے اوپر تھوڑے فاصلہ تک جارح میں ایک کبود مرمیہ پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت چند منٹ سے لے کر کئی گھنٹوں تک قائم رہتی ہے۔ شفا یابی کے ساتھ ساتھ مجھننا ہٹاؤ زمین محسوس ہوتی ہے، اور کبودی بتدریج پہلے قرمزی اور بالآخر قدرتی گلابی رنگ میں بدل جاتی ہے۔ حملہ کی شدت کے دوران میں شریانی رسد تمام تر موقوف ہو جاتی ہے، چنانچہ نیلے رنگ کی کمی بیشی کا انحصار خون کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو عروق شعریہ اور جمبوٹی وریدوں میں باقی رہ جاتا ہے۔ مردہ انگلیاں (dead fingers) جو بہت سے طبعی اشخاص میں تکشف (مثلاً دیر تک نہانے) کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں اور بعض اوقات پالا لگھاؤ (frost-bite) کی حد تک پہنچ جاتی ہیں مرض ریناؤ کی مثال نہیں ہیں۔

سخت ترین درجہ وہ حالت ہے جسے متشاکل گنگرین (symmetrical gangrene) کہتے ہیں۔ ایک ایسے حملہ کے دوران میں جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، انگلیوں پر مصلی قبی سیال سے بھرے ہوئے آبلے بن کر پھوٹ جاتے ہیں، اور ان کے پھوٹنے کے بعد چھوٹے قرحے رہ جاتے ہیں جو کبودی کے رفع ہو جانے کے بعد مندمل ہو جاتے ہیں۔ اس عمل کے مکرر ہونے پر ممکن ہے کہ مآوف حصے پر بہت سے چھوٹے چھوٹے جذبات بن جائیں، اور انگلیاں ایک جھری دار پیکا ہوا چمڑے کی جھلی جیسا منظر اختیار کر لیتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے چھلکے اتر جائیں اور ناخن جھڑ جائیں۔ دوسری اساتوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیاں، آبلوں یا نفیظ کے بنے بغیر سیاہ، جھری دار اور گنگرینی ہو جاتی ہیں، اور چند ہفتوں کے عرصہ میں جلد کی ایک اوپری تہ حتیٰ کہ زیادہ گہری بافتوں کا کچھ حصہ غشیشہ بن کر علیحدہ ہو جاتا

ان شدید اسبابوں میں جو نمایاں ترین علامت موجود ہوتی ہے وہ دوری نوعیت کا شدید درد ہے، جو دوسرے جراح میں بھی تشعّب ہو جاتا ہے۔ نبض تپلی اور مضطرب پذیر ہو سکتی ہے، لیکن ہمیشہ محسوس ہوتی ہے، اور مریض کی عام صحت حیرتناک طور پر کم متاثر ہوتی ہے۔ ہاتھوں کی انگلیوں کی طرح پاؤں کی انگلیاں بھی ماؤف ہوتی ہیں، اور کبھی کبھی ان سے پہلے ہی ناک اور کان کبود ہو سکتے ہیں، لیکن اکثر ان کا اغشاش نہیں ہوتا۔ یہ حیرت انگیز ہے کہ جب قروح مند ل ہو جاتے ہیں تو بہت کم اندام باقی رہ جاتا ہے۔

اس کے حملے ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں سے ہوتے ہیں، اور بعض اوقات میں، خفیف مکرر حملوں کے بعد انگلیاں ایک مستقل سن اور بھڑکی دار حالت میں رہ جاتی ہیں۔

تشخیص۔ شیخوخی لنگرین کی شناخت ان امور سے ہوتی ہے:۔ مریض کی عمر نیز اس میں گن گریں ایک ہی جارجہ اور عموماً جارجہ زیریں کو ماؤف کرتی ہے، اس کا ممر ترقی پذیر ہوتا ہے، اور جارجہ کی شریان کی حالت مرض زدہ ہوتی ہے۔ خصرہ (chilblains) مقامی اختناق سے کسی قدر مشابہت ظاہر کرتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کی امراضیات بھی مماثل ہو۔ اس کا وقوع سردی کے واضح تکشف سے ہوتا ہے۔

انذار۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا اور علاج سے بہت فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔

مرض ریٹاڈ کا کارگر علاج یہ ہے کہ آنٹوں کو مقررہ وقفوں پر جسمانی تپش والے عقیم مائع کے ۵۰۔۷۰ فی صدی محلول کے ۲ تا ۱۰ پائنٹ سے، ایک آٹنا عشری انوبہ کے ذریعہ سے دھارا جائے، جس سے غرض یہ ہے کہ غذائی قنال کے مافہما کو دھوکہ خارج کر دیا جائے۔ متبادلاً صبح کو اسی محلول کے ۲ پائنٹ پی لئے جائیں۔ (پریگ کے) ٹامینی ٹمک (Tominek) طبیعی مائع کے اندر ریڈیئم کے فوجہ کے دروں وریڈی اشعرات کی سفارش کی ہے۔ مقامی تدابیر یہ ہیں:۔ ہاتھ پاؤں کو گرم رکھا جائے۔ فرک جو مایاتی طریقوں (hydrological methods) جیسے کہ متبادل

گرم اور سرد نطولات کے ساتھ مزوج کی جاسکتی ہے۔ بلند تواتر (high frequency) اور برقی حرارت رسانی (diathermy) - مفید ترین ادویہ آیوڈین اور درقیہ ہیں۔ موسم سرما میں مریض کو گرم آب و ہوا میں منتقل کر دینا مناسب ہو سکتا ہے۔

التهاب الوريد

(PHLEBITIS)

312

وریدوں کے التهاب یا التهاب الوريد کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دیواریں دبیز ہو جاتی ہیں اور ان میں خون کے سپید خلیوں کی درریش واقع ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ اس کثرت کے ساتھ ہو کہ طبعوں کا حقیقی تسخیر پیدا ہو جائے۔ ورید کے بٹانہ اور ظہارہ کا التهاب ظاہر کرنے کے لئے علی الترتیب دروں و ریدی التهاب (endophlebitis) اور گرد و ریدی التهاب (periphlebitis) کی اصطلاحیں استعمال کی گئی ہیں۔ گرد و ریدی التهاب ورید کے باہر کسی التهابی مرکز کے تماس سے یا قصر کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ دروں و ریدی التهاب زیادہ اکثر خود ورید کے اندر خون کی علقیت یا ترویب کے نتیجے کے طور پر شروع ہو جاتا ہے۔ یہ علقیت یا ترویب مختلف اسباب سے واقع ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو علقیت)۔ ممکن ہے کہ تھکاوڑ یا دیوار سے جھکا رہے اور ساتھ ہی اس کا تضییع واقع ہو کر ورید بالکل مٹوس ہو جائے۔ یا اس کے برعکس ممکن ہے کہ تھکے کے اندر راتہ بن کر اس کے اندر سے دوران خون پھر قائم ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں وہ نرم ہو کر ایک ریم نما مایع بن جاتا ہے۔ گرد و ریدی التهاب اندر پھیل کر خو و علقیت پیدا کر سکتا ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ورید کے گرد کی بافت میں پھوڑے بن جائیں۔ مہاجر علقی و ریدی التهاب (thrombophlebitis migrans) ایک حالت ہے جو کہ حالیہ سالوں میں زیادہ کثرت سے تشخیص کی گئی ہے۔ اس میں جسم کے مختلف حصوں کی اور احشاء کی وریدوں پر حملہ ہوتا ہے۔ غالباً مزرات کسی عفونی مرکز سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ادب کے لئے ملاحظہ ہو 84)۔

علامات - التهاب الوریڈ میں ماؤف عرق کے مریض درد اور الیمیت ہوتی ہے اور اگر کسی اورری وریڈ کا التهاب ہو تو سطح پر بھی کچھ سرخی پیدا ہو جاتی ہے۔ وریڈ ایک ابھری ہوئی سخت رستی کی طرح محسوس کی جاسکتی ہے اور اس مقامی مرض کے ساتھ کسی قدر جموی ردِ عمل بھی موجود ہوتا ہے۔ گرد و پیش کی بافت کے سخت ہو جانے جلد کی سرخی اور اذیما اور بالآخر متورج سے پھوڑوں کی تشکیل ثابت ہوتی ہے۔ علقہ کے ٹوٹنے پھوٹنے اور اس کے ذرات کے منتقل ہونے کے ثانوی نتائج بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

علاج - التهاب الوریڈ کا علاج یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو کلی آرام دیا جائے درد میں کمی کرنے کے لئے گرم کمکیدات استعمال کریں یا گلیسرین اور بیلاڈونا لگائیں اور اگر ضرورت ہو تو اسی غرض کے لئے انجیون کے مرکبات بھی استعمال کریں۔ علقہ کے ٹوٹ کر جسدِ ا ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہئے (ملاحظہ ہو علقیّت اور سدایت)۔ اگر پھوڑے بن جائیں تو شکاف کے ذریعہ سے پیپ کو نکالنے کی ضرورت ہوگی۔

علقیّت اور سدایت

(THROMBOSIS AND EMBOLISM)

علقیّت کی اصطلاح کا اطلاق خون کی اس ترویج پر کیا جاتا ہے جو زندہ ہونے کے اندر (خواہ شرائین میں خواہ وریڈوں میں) یا قلب کے کہنوں میں واقع ہوتی ہے۔ اور خود تھکے کو علقہ کہتے ہیں۔

سدایت سے مراد تھکے کے کسی حصے کا یا کسی دوسری شے (سلعات کے ذرات، طفیلیات، شحمی گلوبچوں) کا دورانِ خون کے ایک حصے سے دوسرے حصے میں منتقل ہونا اور پھر ایسے عرق میں پہنچنا جو اس کے آگے بڑھنے کے لئے بہت زیادہ تنگ ہو اور وہاں مغروز ہو جانا ہے۔ سدایت کا وقوع نظامی دورانِ خون کے میڈا کو جانے والی شرائین میں نظامی وریڈوں اور پھیپھڑوں کو جانے والی ریوی شرائین میں نیز جگر کو جانے والی بابی وریڈ میں ہو سکتا ہے۔ منتقل شدہ ذرے کو سدایت کہتے ہیں۔

فائبرین کی تکوین کی اُن حالتوں کے علاوہ جو عموماً تروییب پیدا کرتی ہیں، طبیعت کی پیدائش میں دیوار اور اہم عوامل کا رفرما ہوتے ہیں جو یہ ہیں: — (۱) خون کی روکی غیر معمولی سست رفتاری، خواہ گھٹی ہوئی قلبی قوت کی وجہ سے، یا عرق میں مقامی تسد کی وجہ سے، یا خون کی لزوجیت کی زیادتی کی وجہ سے، اور (۲) متعلقہ عرق یا کہفہ کی استری بھلی کا کوئی ضرر یا اس پر کوئی بے قاعدگی۔ لیکن اس کا اعتراف ضروری ہے کہ اکثر اوقات ساری عوارض (جن میں خرد عضویات یا استمبیات کا حصہ ہو سکتا ہے) اور صحت کی وہ حالتیں جو نقرس میں اور نفاسی حالت (puerperal state) میں موجود ہوتی ہیں، طبیعت کے ساتھ نہایت قریبی تعلق رکھتی ہیں۔

چنانچہ ہم دیکھتے ہیں کہ قلب میں خون کی تروییب اس کے بہت مضر عوارض پر ہوتی ہے، یا اس کے کہفوں کے اندر ہوتی ہے جب کہ یہ قمع ہوں یا انتہائی کمزوری کے ساتھ منقبض ہوتے ہوں۔ عروق میں اس کی تروییب اس وقت ہو جاتی ہے جب کہ اُن کی دیواریں متضرر ہوں، یا جب وہ عفونی یا انگریہی اعمال سے متاثر ہوں۔ شرائین میں تروییب بالخصوص اس وقت ہوتی ہے جب کہ اُن کی دیواروں میں آتشکی یا اتھیرومائی ضررات ہوں، یا وہ انورسانی اتساعات میں مبتلا ہوں۔ وریڈوں میں تروییب اس وقت ہوتی ہے جب کہ دباؤ کی وجہ سے اُن کے خون کی روست پڑ جائے، یا جب کہ مختلف ساری، ضعیفی اور عدم دمویاتی عوارض کے موضوعوں میں خفیف ترین مقامی اختلال موجود ہو۔ اس عمل میں پہلا قدم اکثر یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقام معین پر صحیفات دمویہ کا اجتماع ہو جاتا ہے، اور اداں بعد سپید غلیجے مجتمع ہو جاتے ہیں یا فائبرین بنتی ہے۔ ایک عرق کے اندر خون کی تروییب کا اثر قدرتی طور پر یہ ہوتا ہے کہ اس میں ایک تسد پیدا ہو جاتا ہے، اور اس لحاظ سے کہ یہ تروییب شرائین کے اندر ہے یا وریڈ میں اس تسد کے اثرات جداگانہ ہوں گے۔ جب رُوبہ ایک بار بن جاتا ہے تو اس کے اوپر اور نیچے دوران کرنے والے خون سے فائبرین کے مزید جماؤ حاصل ہوتے رہتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ طبقہ نسبتاً بڑے اور زیادہ بڑے عروق میں پھیلتا جاتا ہے۔ جب رُوبہ پہلے پہل بننا ہے تو وہ نرم ہوتا ہے اور وریڈوں کو بھردیتا ہے لیکن مکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد وہ سکر جائے اور اس طرح دوران خون کو از سر نو جاری ہونے دے۔ لیکن رُوبہ کا اختتام ہمیشہ ایسا موافق نہیں ہوتا۔

علقہ عموماً کسی قدر دروں شریانی التهاب (endarteritis) یا دروں وریدی التهاب (endophlebitis) پیدا کر دیتا ہے، عرق کی دیوار کے ساتھ اس کا انضمام واقع ہو جاتا ہے، اور بالآخر اس تھکے کا تقضیہ واقع ہو کر عرق کا مجری مستقل طور پر مٹھوس ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ عفونی خرد عفویہ رو بہ کو توڑ پھوڑ کر ایک ریم نمایان کر دیں جس میں جسامت ریم خرد بنقیات اور باریک ذراتی ریزے ہوتے ہیں۔ قلب اور وریوں میں علقیّت ہونے کا ایک اہم نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رو بہ سے ریزے ٹوٹ کر دوران خون کے دوسرے حصوں میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ پھر وہ سدا دین جاتا ہے، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ نتائج ابتدائی علقہ کے مقام وقوع اور اس کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ وریدی علقوں سے جو ٹکڑے جدا ہوتے ہیں وہ خون کی رو کے ذریعہ سے دہلیں اذین میں، اور وہاں سے دائیں بطن میں اور شریان ریوی میں پہنچ جاتے ہیں، اور اپنی جسامت کے لحاظ سے، وہ اس شریان کو یا تو بالکل اس کی ابتداء میں یا جرم شش کے اندر سدود کر دیتے ہیں۔ قلب کے دائیں جانب میں کے علقات بھی اسی طرح شریان ریوی کی سدا دیت پیدا کر دیں گے۔ لیکن اور ملی یا مطرانی مصراعات پر کے، یا دائیں اذین کے اندر کے علقات، دماغ، طحال، گردوں یا جواہج میں یا اور کسی مقام پر نظامی شریان کی سدا دیت پیدا کر دیں گے۔

اگر سدا دیت کے بعد مجانب دوران خون فی الفور قائم ہو جائے تو اس کا نتیجہ سدود عرق کے رقبہ کے اندر کی بافت کی موت ہے۔ بافت کے اس طرح متاثر شدہ حصے کو مفعمہ (infarct) کہتے ہیں۔ بعض اعضاء مثلاً جگر میں عروق کا نیم اتنا کامل ہوتا ہے کہ وہاں مفعمات کبھی نہیں بنتے۔ لیکن دوسرے اعضاء میں، گو وہاں کچھ تغمات موجود ہوتے ہیں، تاہم وہ ایک حصے کے تغذیہ کے لئے کافی نہیں ہوتے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب ایک شریان سدود ہو جاتی ہے (جو اس مثال میں معلوم ہے کہ وظیفی منتھائی شریان) تو ایک مفعمہ بن جاتا ہے۔ وہ عموماً اعضاء میں عموماً مخروطی شکل کا ہوتا ہے، لہذا تراش قطع کرنے پر وہ منشئی یا فاذ شکل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بعد المات دیکھا جاتا ہے، وہ سخت یا نرم ہوتا ہے، اور رنگ میں سپید یا زردی مائل سپید (سپید مفعمہ = white infarct) یا سیاہی مائل سرخ ہوتا ہے

(نزفی یا سرخ مغممہ = hæmorrhagic or red infarct) - سپید مغممہ جو عموماً گردے اور قلب میں پایا جاتا ہے اس میں جو تغیر واقع ہوتا ہے وہ ترویجی تغیر ہے۔ بافت اپنی دموی رسد سے معزاً ہو کر گرد و پیش کی زندہ بافت کا ملف اس میں نفوذ کر جاتا ہے اور اسی میں ترویجی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ اس کے گرد اگر دیش و مویٹ اور نزف کا ایک تنگ منطقہ پایا جاتا ہے۔ اگر ترویج پذیر مادہ کافی ہو تو مغممہ سخت ہوتا ہے، جیسا کہ گردے اور طحال میں دیکھا جاتا ہے۔ اگر وہ نسبتاً کم وافر ہو تو مغممہ نسبتاً نرم ہوتا ہے جیسے کہ دماغ میں۔ نزفی مغممہ میں بھی ابتدائی عمل ترویجی تغیر کا ہوتا ہے، لیکن اس میں کم ویش کامل نزف کا اضافہ ہو جاتا ہے جو سرخ جیات کے پار جت (diapedesis) کے ذریعہ سے ہوتا ہے یا تو اس وجہ سے کہ (۱) خاص شریانی شاخ کی مسدودی کے بعد شریانی تنہات تغیری رقبہ کے اندر دوران خون ہونے دینے کے لئے کافی ہوتے ہیں یا اس وجہ سے کہ (۲) جیسا کہ کشش اور آنت میں ہوتا ہے جہاں مغممات ہمیشہ نزفی ہوتے ہیں، ہوا کی موجودگی کے باعث شعری دیواریں بے سہارا ہوتی ہیں اور جب قلت تغذیہ کی وجہ سے ان کی استری جملی کے غلیات مردہ ہو جاتے ہیں تو خون ان میں سے رس نکلتا ہے۔ امتداد زمانہ کے ساتھ جب دموی لون جذب ہو جاتے ہیں تو سرخ مغممات سپید ہو جاتے ہیں۔ گردے، قلب اور شبکیہ کے مغممات عموماً سپید مغممہ کے ہوتے ہیں۔ طحال اور دماغ کے مغممات یا تو سپید یا سرخ ہو سکتے ہیں۔ اگرچہ مغممات ابتدائی درجوں میں اکثر کیفیتاً متورم اور بانٹوں کی سطح پر ابھری ہوئے ہوتے ہیں، تاہم بالآخر اگر وہ عفونی نہوں تو وہ سکڑ کر منقبض ہو جاتے ہیں، جیسا کہ بالخصوص گردوں میں دیکھا جاتا ہے۔ عناصر میں شمعی انحطاط واقع ہو کر ان کی جگہ اتصالی بافت لے لیتی ہے۔ اگر سدا کی نتیجہ علقہ سے آئے یا خبیث التهاب دروں قلب (malignant endocarditis) سے حاصل ہو تو ممکن ہے کہ اس کے مشمولہ عضویہ مغممات میں عفونی اعمال پیدا کریں۔ یہ مرکزیں ریوی ہو کر چھوڑے بنا دیتے ہیں جیسے کہ تپع الدم میں شخص کے اندر یا کبھی کبھی خبیث التهاب دروں قلب میں دماغ اور گردے میں ہوا کرتے ہیں۔ عفونی سداوات شریانی دیوار میں سرایت پیدا کرنے بعض اوقات انفراز کے مقام پر شریان کی کمزوری اور اتساع پیدا کرتے اور اس طرح سدا دی انورس (embolic aneurysm) پیدا

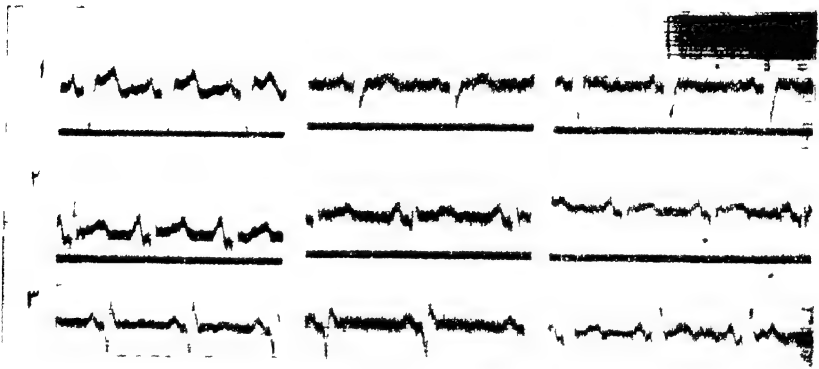
کر دیتے ہیں۔ اگر کسی محیطی حصّے (پاؤں، ٹانگ، یا ہاتھ) کی خاص عرقِ مدود ہو جائے، اور اُسے گرد و پیش کی کوئی زندہ بافت تروییب پذیر مادیّے کی رسد نہ پہنچا سکے تو اس کا نتیجہ تروییبی تنخر نہیں ہوتا بلکہ ننگرین ہوتا ہے۔

علقیّت اور سداویت کی مندرجہ ذیل شکلیں وہ ہیں جو عموماً شناخت کی جاتی

ہے :-

۱۔ کللی علیقیّت (coronary thrombosis) جو قلب کا وقف الذّمی

تنخر پیدا کر دے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک اولی علیقیّت ہو یا سداویت کے باعث ہو۔ مریض عموماً



شکل ۴۲۔ برقی قلبی بحسی تغیرات۔ کللی علیقیّت کے (الف) ایک دن (ب)

تین دن اور (ج) سات دن بعد جن سے پہلی تقوید میں (اور کیتھڈرکمی کے تحت)

دوسری تقوید میں (ن)۔ موج کا بتدریج غائب ہونا اور (الف) میں ہم برقی

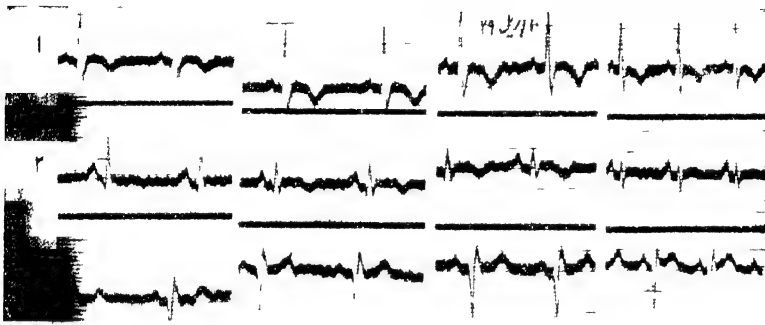
فاصلہ (iso-electric interval) یعنی مر اور ن موجوں کے درمیان کے

معمولی افقی خط کی غیر موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

ادھیڑ عمر سے زیادہ کا ہوتا ہے۔ بلا کسی ظاہری سبب کے وہ یکایک سینہ یا شراہیف میں نہایت شدید درد محسوس کرتا ہے، جو ذبحہ صدریہ (angina pectoris) کی طرح محیط کے طرف تشعّش کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مسلسل چند گھنٹوں تک جاری رہے اور اُسے بیچین کر دے۔ اس کو تشویش ہوتی ہے، اس کا رنگ شاحب اور کسی قدر ازرق ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی

معدہ اسیہ آتا ہے۔ نبض کمزور اور بعض اوقات غیر منظم ہوتی ہے اور خون کا دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ بھرپوری التوجہ ہوتا ہے اور بعد میں ممکن ہے کہ چین اسٹوکس کا تھنفس ہو جائے۔ کیفیت تپ اور سپید غلیبوں کی کثرت اور اکثر متلی اور قے ہوتی ہے۔ نارسوری نرک، گویہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتا ہے، تاہم تشخیص کی قطعی طور پر تصدیق کر دیتا ہے۔ برقی قلبی ترسیم میں نہایت مستمر تغیرات یہ ہوتے ہیں کہ ایک مرتکس ن موج ہوتی ہے اور مر ن غاصلہ میں تغیرات واقع ہوتے ہیں (لاحظہ ہو شکل ۴۲)۔ اس درد میں نہ تو آئٹل ٹائٹرائٹ (amyl nitrite) سے تخفیف ہوتی ہے نہ ہمیشہ اپ گریٹ مارفیاٹک کے استعمال سے اول الذکر

315



شکل ۴۲۔ برقی قلبی ترسیمی تغیرات اسی مریض سے، اکیلی علیقت کے وقوع کے دو چار آنچہ اور بارہ مہینوں کے بعد جن سے ظاہر ہے کہ تقوید ۲ اور ۴ میں ن موج مرتکس ہو کر طبی حالت کے طرف عود کر رہی ہے۔ (دوسری انسانوں میں ایسے ہی تغیرات صرف تقوید ۲ اور ۳ میں ہوں گے) (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا بیل)۔

کو اس وجہ سے نہیں دینا چاہئے کہ وہ قلب پر مہیج اثر رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعد میں پھیپھڑوں کے اڈیمیا کے ساتھ امتلائی فضل قلب واقع ہو جائے۔ اگرچہ یہ ایک تمثیلی سرگزشت ہے، تاہم اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ اس مرض کا سلسلہ علامات مستمر نہیں۔ ممکن ہے کہ حملہ غشی کے ساتھ شروع ہو جائے۔ ممکن ہے درد نہ ہو۔ ممکن ہے کہ ناگہانی موت واقع ہو جائے۔ عموماً دروں قلبیہ پر انقسام یافتہ رقبہ سے اندر کی جانب ترویج خون واقع ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ ٹوٹ کر جدا ہو جائے اور کسی دوسری جگہ سادیت پیدا کر دے (35)۔

مکن ہے کہ مریض اس وقت ذبحہ صدریہ میں مبتلا ہوا ہے یا نہیں ہوا، اور اگر وہ شغایاب ہو جائے تو مکن ہے کہ بعد میں ذبحہ میں مبتلا ہونا شروع کر دے، جس کی وجہ قیاساً یہ ہے کہ قلب کے جو ریشے تندرست باقی رہ جاتے ہیں ان پر زائد از معمول کام کا بار پڑتا ہے۔ مکن ہے کہ مریض گھنٹوں دنوں، بلکہ ساہا سال تک زندہ رہے اور فاعلی کام کرنے کے قابل رہے۔ جان ہنٹر (Jhon Hunter) جسے غالباً پینتالیس سال کی عمر میں اکیلی علقیّت ہو گئی تھی، بیس سال تک زندہ رہا (36)۔ فوری کلی آرام و سکون اور آکسیجن اس کا علاج ہے۔ آکسیجن کا خیمہ بہت کامیاب ہے، اور اس سے درد کو تسکین ہو سکتی ہے۔ ذبحہ اور اس میں تفریق تفتی تشخیص پر بحث کی جا چکی ہے۔

فخذی علقیّت (femoral thrombosis) فخذی ورید کی علقیّت
سپل ریوی کے آخری درجوں، سرطان، اور دوسرے خستہ کن امراض میں، تب محرقہ اور انفلوئنزا کے بعد کی نقیہیت میں، اور زچگی کے بعد (تسید پائی - "white leg") پیدا ہو جاتی ہے۔ ٹانگ متورم ہو جاتی ہے، اور ورید کا مسدود ہونا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ موجود رہنے والے التهاب الورید کی وجہ سے عموماً کی قدر الیمیت بھی ہوتی ہے۔ گاہ بگاہ یہ حادثہ بھی ہوتا ہے کہ تھکے کا ایک حصہ ٹوٹ کر ریوی شریان کی کسی بڑی شاخ میں مغرور ہو جاتا ہے جس سے موت دفعہ واقع ہو جاتی ہے۔ تپوں کے بعد کی نقیہیت کے دوران میں جوارح میں وقوع علقیّت کو روکنے کے لئے مریض کی نقل و حرکت کو بہ احتیاط منظم کرنا چاہئے۔ اس کو اس طرح سے لیٹنے کی اجازت نہ دی جائے کہ جس میں وریدیں ادب جاتی ہوں۔ نرم تکیوں سے سہارا حاصل کیا جاسکتا ہے۔

ہے۔

وداجی علقیّت اور جانبی جوف (lateral sinus) کی علقیّت

اندرونی گوش یا عظمیہ (mastoid) کے خلیوں کے مرض سے پیدا ہو جاتی ہے۔ بیرونی گوش کے تماس کی وجہ سے عفونی عضو پر اکثر موجود ہوتے ہیں، شدید التهاب الورید شروع ہو جاتا ہے، اور تھکا عفونی ہو جاتا ہے۔ پھر ذرات قلب کے دائیں جانب کے راستہ سے ہو کر پھیپھڑوں میں پہنچ جاتے ہیں جن میں قبیح الدمی خراجات بن جاتے ہیں۔ بعض اوقات زیادہ عام حالتوں، مثلاً شیرخواروں کے ضمور (marasmus) اور

بالغوں کی اخضریت (chlorosis) اور عدم دمویت کی وجہ سے دوسرے دماغی جوہوں (طولی اور کھنکی) میں بھی علقیّت واقع ہو جاتی ہے۔

حوضی (pelvic) وریدوں کی علقیّت عورتوں میں حوضی احشاء کے مرض کی وجہ سے اور دونوں صنفوں میں سوزاک کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔
(نیز ملاحظہ ہو مہاجر علقیّ وریدی التهاب)۔

تحتانی وریداجوف کی علقیّت میں یہ لازمی نہیں کہ زندگی ضائع ہو جائے۔ ایک مریض میں جو پچیس برس تک زندہ رہا، کبدی وریدوں کے مدخل کے نیچے سے وریدیں متغیر ہو کر ایک غیر نفوذ پذیر فیٹہ بن گئی تھیں۔ گردوں سے خون کی واپسی کیسے کے راستے سے اور قطنی اور مجرد (azygos) وریدوں کے راستہ سے ہوتی تھی۔ ہمیشہ پاؤں اور دیوار شکم کی وریدوں میں بڑی دوا لیت موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی علقیّ التهاب الوریڈ (thrombo-phlebitis)، بواسیر (haemorrhoids) اور دوالی منا قروح کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ سرایت، ضربہ اور مرض خبیث اسباب ہیں (37)۔
بعض اوقات قلب کے اندر موت سے ذرا پہلے، جب کہ دورانِ خون میں فشل واقع ہو رہا ہو، اور اتساع کی حالتوں میں قلب کی دیواروں کے گوشوں میں بڑے ٹھکے بن جاتے ہیں۔ یہ اس عضو کے فعل میں مداخلت کر کے سرعت سے موت واقع کر دیتے ہیں۔ یا لکن ہے کہ یہ ریوی یا نظامی دورانِ خون کو سدا دات بہم پہنچا دیں۔
دماغی ششائین کی سدا دیت اور علقیّت کا بیان امراضِ دماغ کے تحت درج کیا گیا ہے۔

کسی جاسر حد کی بڑی ششایان کی سدا دیت زیادہ عام واقعہ نہیں۔ وہ ناگہانی مادہ درو پیدا کر دیتی ہے جس کے بعد ماؤف جارح شش، سرو اور بے طاقت ہو جاتا ہے۔ سدا دیت کے مقام سے نیچے نبض غیر محسوس ہوتی ہے اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ گنگرین ہو جائے۔ طحال اور گردوں میں سدا دیت کا وقوع چنداں عام طور پر شناخت نہیں ہوتا۔ بعض اوقات طحال کی تہہ کی وجہ سے بائیں پہلو میں تیز درد ہوتا ہے۔ گردے کی سدا دیت سے دم بولیت اور اکثر اوقات البیومن بولیت بھی پیدا ہو جاتی ہے، اور خبیث التهاب دروں قلب میں

316

اکثر مرکزی سداوی التهاب الکلیہ (focal embolic nephritis) کی حالت موجود ہوتی ہے۔ ماسا سیریتی (mesenteric) شریان کی سداویت کی اصابتیں واقع ہوتی ہیں جن میں مریض شدید درد شکم اور تمد میں مبتلا ہو گیا اور اس کے بعد ایک یا دو دنوں میں ہبوط اور موت واقع ہو گئی۔ اور آنت اور باریطونی کہنہ کے اندر خون پایا گیا ہے۔ اس ورید کی علقت کے نتائج بھی بہت مماثل ہو سکتے ہیں لیکن اس کے علاوہ زیادہ تدریجاً منویاب ہوتے ہیں۔

جگر کے عروق کی سداویت اور علقت کے اثرات التهاب ورید البیاب (pylephlebitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ ریوی سداویت اور علقت اور انعام اور شمی سداویت (fat embolism) کا بیان صفحہ 177 پر درج کیا گیا ہے۔ نوبالید کے ذرات کی سداویت حصص بعیدہ میں تازہ بالیدیں پیدا کر دیتی ہے۔ علاج۔ سداویت کے در میں مقامی دافع درد ادویہ لگانے سے آرام ہو سکتا ہے۔ اگر کسی جارح کی بڑی شریان مدد ہو گئی ہو تو اس جارح کو نرم روئی کے کالے میں یا مرغین نسالہ (oiled lint) میں لپیٹ دینا چاہئے۔ سداوی برکی (embolectomy) پہلے چند گھنٹوں میں انجام دی جا سکتی ہے یا تحکے کو دست ورزی کے ذریعہ ایک خرد تر شریانی شاخ میں دھکیلا جا سکتا ہے۔

عرقِ عصبانی اُذیما

(ANGEIO-NEUROTIC OEDEMA)

یہ طالعہ یہ ظاہر و عا حری آلہ سے متعلق ہے اور شرئی (urticaria) سے بہت ملتا جلتا ہے۔ لیکن اس کے ضررات نسبتاً بڑے ہوتے ہیں۔ جسم کے مختلف حصوں مثلاً چہرہ، چونوں، ماتھ یا پاؤں، حلق یا زبان پر محدود المقام اور ام نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ الہتہابی نہیں ہوتے اور نہ ان کا انحصار جاذبہ (gravity) پر ہوتا ہے۔ ان میں درد نہیں ہوتا، لیکن ممکن ہے کہ جلن، چھین اور غارش ہو۔ یہ دفعہ نمودار ہو کر دو سے چھ یا زائد گھنٹوں تک قائم رہتے ہیں اور بار بار بلکہ روزانہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ جلد کے اوپر ہوں

تو یہ بے ضرر ہوتے ہیں، لیکن اکثر اوقات حنجرہ کا اذیما ہلک ثابت ہوا ہے۔ معدی معائی علامات، مثلاً قوی لُج، ستلی، اور قے، عموماً موجود ہوتے ہیں، اور معدی یا معائی غشائے مخاطی کے حاد اذیما کی طرف منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ یہ مرض اکثر موروثی ہوتا ہے، اور ایک ہی خاندان کے اراکین میں دو یا تین پشتوں میں واقع ہوا کرتا ہے۔ دمہ کی طرح یہ بھی ایک حساسیتی (allergie) مرض ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 138) اور ایک غریب پروٹین کی حساسیت پیدا ہونے کی وجہ سے ہو جاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ اُس خاص پروٹین کو جس کی حساسیت مریض میں پیدا ہو گئی ہے دریافت کر کے اُس سے احتراز کیا جائے۔ عفونی مراکز کا استیصال کرنا چاہئے۔ چند مریضوں میں کونین، نائٹرو گلیسرین اور خلاصہ درقی سے آرام حاصل ہوا ہے۔ ممکن ہے کہ حنجری اذیما کے لئے ادخال آنبوب یا قصبہ نشکافی کی ضرورت پڑے۔

ملروئے (Milroy) کا مرض - یہ دونوں ٹانگوں کا مزمن تہج ہے جو اکثر خاندانی مبادرا کا ہوتا ہے، اور اُس میں جلد اور زیر جلدی بافتوں کی بیش تکوین کا رجحان ہوتا ہے، جس کا منبع نامعلوم ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 Y Henderson and Johnson 1912 *Heart*, 4, p. 69.
- 2 H. Sahli 1920 *Schweiz Med. Wochenschr.*
- 3 { H Shali 1923 *Wien, Arch. f. inn. Med.*, 6, p. 515.
- { H Shali 1923 *Ergeb. d. inn. Med. u. Kindhkd.*, 24, p. 73.
- 4 MacIlwain and Campbell 1923 *Brit. Med. Journ.* ii., p. 456.
- 5 E. P. Poulton and H. M. Stewart 1918 *Lancet*, ii., p. 738.
- 6 Parkinson and Bam 1924 *Lancet*, ii., p. 311.
- 7 Poulton and Dowling 1921 *Gay's Hosp. Rep.*, 71, p. 253.

- 8 { C Dukes 1921 *Brit. Med. Journ.*, 11.,
 { p. 987.
 { Corney 1922 *Lancet*, 11, p. 863.
 9 J Parkinson and M 1930 *Quart Journ. Med.*, 24,
 Campbell p. 67.
 10 J M H Campbell and 1928 Quoted in *Lancet*, 11.,
 E P Poulton p. 1281.
 11 Emanuel 1923 *Lancet*, 1, p. 591.
 12 Lewis, Ryffel, Wolf,
 Cotton & Barcroft 1913 *Heart*, 5 p. 45.
 13 J A Calhoun and 1934 *Arch Int Med*, 53,
 W G Harrison p. 911.
 14 Campbell Hunt and 1923 *Journ Path & Bact*, 26,
 Poulton p. 234.
 15 T Wardrop Griffith 1901 *Brit Med. Journ.*,
 Feb. 2.
 16 T Lewis 1929 *Heart*, 15, p. 7.
 17 W E Dixon 1929 Communication to As-
 soc. Phys, Cambridge
 317 18 T Wardrop Griffith 1903 *Edin Med. Journ.*,
 p. 105.
 19 Carey Coombs 1923 *Quart Journ Med*, 16,
 p. 309.
 20 R T Grant 1931-3 *Heart*, 16, p. 275
 21 Newburgh 1915 *Amer Journ Med Sci*,
 May.
 22 C G Lambie 1926 *Brit Med Journ.*, 1.,
 p. 80.
 23 Sir W Osler 1908-9 *Quart Journ. Med.*, 2,
 p. 219.
 24 Sir T. J. Horder 1908-9 *Quart. Journ Med*, 2,
 p. 289
 25 Sir Clifford Allbut 1923 *Lancet*, 11., p. 1422.
 26 T Wardrop Griffith 1915 *Lancet*, Jan 9.
 27 W Evans & C Hoyle 1933 *Lancet*, 1., p. 1109
 28 Sir James Mackenzie
 (Angina Pectoris) 1923 *London*
 29 Henry Head .. 1922 *Brit Med Journ*, 1, p. 1.
 30 W Verdon (Angina
 Pectoris) 1921 *London*
 31 W W Payne and E P 1923 *Quart Journ. Med.*, 17,
 Poulton p. 53.

- 32 G. Evans 1923 *Brit. Med. Journ.*, Mar. 17, 24 and 31
- 33 Foster Moore 1917 *Quart. Journ. Med.*, 10, p. 29.
- 34 W. Edgecombe 1911 *Practitioner*, April p 515.
- 35 A G. Gibson 1925 *Lancet*, 11., p. 1270
- 36 J A Ryle 1928 *Lancet*, 1, p 332.
- 37 Kerr 1921 *Lancet*, 11., p. 1112.
- 38 Bramwell and Hill 1922 *Lancet*, 1, p 891.
- 39 Parkes Weber 1916 *Quart. Journ. Med.*, 9, p. 289.
- 40 Sampson Handley 1922 *Lancet*, 11., p. 173.
- 41 F. R. Fraser, C. F. Harris, R Hilton and G C Linder 1928 *Quart. Journ. Med*, 22, p. 1.
- 42 F. Bach & N Gray Hill 1932 *Lancet*, 1., p. 75.
- 43 W St Lawrence 1920 *Journ. Am. Med. Assoc*, 75, p 1035.
- 44 H J Starling 1923 *Guy's Hosp. Rep.*, 73, p. 388.
- 45 W Sheldon 1930 *Lancet*, 11., p. 394
- 46 H. F. Swift, Derick & Hitchcock 1928 Bath Conference, *Rheumatic Disease*, p 157
- 47 M. Campbell and E. C. Warner 1930 *Lancet*, 1., p. 61.
- 48 E C Warner 1930 *Lancet*, 11, p. 719.
- 49 W. H Bradley 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p 1635.
- 50 W. R F. Collis 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1632.
- 51 E C Warner 1930 *Lancet*, 1., p. 339.
- 52 J. F. Carter Braine, W. R. Spurrell, & E. C. Warner 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 473.
- 53 M. Campbell and S. S. Suzman 1934 *Am. Heart Journ.*, 9, p. 304.
- 54 C. Bolton 1924 *Heart*, 11, p. 343.
- 55 H. A. Treadgold and H. L.. Burton 1932 *Lancet*, i., p. 277.

- 56 M. Campbell and J. W. Shackle 1933 *Guy's Hosp Rep.*, 83, p 168.
- 57 J Holmes 1929 *Brit Med. Journ.*, 11., p 739
- 58 F. Saile 1930 *Med Klin*, June 20th.
- 59 J Plesch 1932 *Lancet*, 1., p. 385.
- 60 E. J. Wayne 1933 *Clin Sci.*, 1, p 63.
- 61 T Lewis 1931-3 *Heart*, 16, p 205
- 62 D W. Bennett and W. J. Kerr 1931-3 *Heart*, 16, p 109
- 63 H A. Treadgold and H L Burton 1932 *Lancet*, 1., p. 277.
- 64 S J Hartfull and G Armitage 1932 *Guy's Hosp. Rep.*, 82, p. 424.
- 65 G. H. Colt 1927 *Quart. J. Med.*, 20, p. 331.
- 66 E D Telford and J. S. B. Stopford 1933 *Brit Med Journ*, 1., p 173
- 67 H A. Treadgold 1933 *Lancet*, 1., p 733.
- 68 C. Hoyle 1933 *Lancet*, 11, p 250
- 69 I Harris and G Mc-Loughlin 1930 *Quart Journ Med*, 23, p. 451
- 70 G. Spurling, F. Jelsma and J. B. Rogers . 1932 *Surg. Gyn. and Obstet.*, March.
- 71 R. G. Waller 1930 *Brit. Med Journ*, Oct. 11th
- 72 T. Lewis . 1931 *Heart*, 16, p. 1.
- 73 Paul D. White 1935 *Lancet*, 11, pp. 540, 597

امراض اعضاء ہضم

امتحان شکم

شکم کا امتحان ان ہی طریقوں سے کیا جاسکتا ہے جو پیچھڑوں اور قلب کی حالتیں کام میں لائے جاتے ہیں، یعنی معائنہ، جس، قرع، اور استماع۔ اور بیشتر مثالوں میں یہی مناسب ہے کہ مریض اضطراری وضع میں ہو، اور اس کے سر کے نیچے سہارا لگا ہوا ہو۔

شکم کو بغرض بیان دو اُنقی اور دو انتصابی خطوں کے ذریعہ نو رقبوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ انتصابی خطوط ہر جانب رباط پوپارٹ کے وسطی نقطہ سے لے کر اوپر کے طرف ضلعی حاشیے تک کھینچے جاتے ہیں۔ اُنقی خطوط ضلعی حاشیے کے زیرین ترین حصوں یعنی ہر جانب کی دسویں ضلعی کریموں سے، اور حرقفی عرفوں کے بلند ترین نقطوں کے درمیان عرضی طور پر کھینچے جاتے ہیں۔ وہ خط بات جو ان خطوط کے ذریعہ متعین ہوتے ہیں، اوپر سے نیچے اس طرح گناے جاتے ہیں :- وسط میں، شراسینی، ستری اور خشلی۔ (۲) جانبین، پرماتی، قطنی اور حرقفی۔ جیسا کہ سینہ میں ہوتا ہے، یہاں بھی کسی ضرر کا صحیح مقام دریافت کرنا ہو تو ایسے حصوں سے پیمائش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو آباسانی شناخت ہو جائیں مثلاً ناف، قصب، خجری، خط وسطی، عانہ، مقدم فوقانی حرقفی شوکہ، یا گیارہویں پسلی کی نوک۔

معائنہ۔ پہلی چیز جسے دیکھنا چاہئے شکم کی جسامت ہے۔ یہ صحت کی حالت میں بھی بہت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ یکساں طور پر بہت بڑی ہو گئی ہو۔ لیکن اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا یہ کلانی کہفہ باریطونی میں اجتماع مائع کی وجہ سے (استسقاء مزمنی

(ascites =) یا آنتوں میں گیس ہونے (تپبل = meteorism, tympanites) کی وجہ سے یا جدران یا شرب میں چربی ہونے کی وجہ سے، یا کسی سلعہ مثلاً بیضی دویکا (ovarian cyst) کی موجودگی کی وجہ سے ہے، امتحان کے دوسرے طریقوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ شکم کی کیا اور مکمل باز کشیدگی فائدہ کشی میں لاغری پیدا کرنے والے امراض میں اور ایسی موت میں دیکھی جاتی ہے جو دماغی امراض مثلاً تدرنی التهاب سحایا (tuberculous meningitis) اور دروں حجمی سلعہ (intracranial tumour) کی وجہ سے واقع ہوئی ہو۔

معائنہ سے مختلف مقامی کلانیاں یا آبجھار دیکھے جاسکتے ہیں، جو کہ مختلف اعضا کے سلعات یا کلانیوں سے پیدا ہو جاتے ہیں مثلاً سلعات جگر، معمدہ، تدد کی مثالوں میں متمد دمعاء، در ریختہ شرب اور منضم امعاء جو تدرنی التهاب باریطون میں پیدا ہو جاتے ہیں، کلانی طحال، استقار الکلیہ (hydronephrosis)، حائل رحم، بیضی اور دیگر دویکا اور متمد مثانہ سے شکم کے بالائی حصے کی مقامی کلانیاں، جب نیچے کی پیلیوں کو اوپر اور باہر کے طرف ایک جانب دھکیل دیتی، اور اس طرح ضلعی حاشیہ اور خط وسطی کے درمیان کے زاویہ کو بڑا کر دیتی ہیں تو صدر کا عدم تشاکل پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسا بالخصوص جگر کے کیسیبہ (hydatid) سرطان اور بھوڑے کی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے۔

جیسا کہ سینہ کے تعلق میں پہلے تذکرہ کیا گیا ہے، شکم اور تنفسی حرکات کے تعلق پر غور کرنا بھی اہم ہے۔ زیادہ تمد دے ڈانفرام کے نزول میں رکاوٹ پیش آتی ہے، اور باریطون کے حاوالہ التهاب سے نزول رک جاتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان مثالوں میں تنفس تقریباً بالکل صدری ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں وہ اعضا جو ڈانفرام سے بدوں واسطہ تماس ہیں یعنی جگر، طحال، معدہ اور گردے ان کی وضع تو تنفس سے حقیقی طور پر متاثر ہوتی ہے، لیکن وہ اعضا یا سلعات جو نسبتہ نیچے واقع ہوں، یا جو شکم کی پچھلی دیوار سے ملتی ہوں، اُس عضلہ کے نزول سے نسبتہ بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اور طالی کا، یا دائیں بطن کا، یا مثلثی باز روی میں بڑے ہوئے جگر کا یا نہایت ہی شاذ طور پر انورسما کا نبضان اور معمدہ یا امعاء کے حرکات دودید نظر آسکتے ہیں۔ حرکات دودید کا نظراً سکنا شکمی جدران کے پیلے پن اور دودی حرکت کی قوت کے تناسب پر منحصر ہے۔

مکن ہو ڈھیلی ہونی چاہئیں۔ اسی واسطے مریض کو مضطجاعی یا نیم مضطجاعی وضع میں ہونا چاہئے اور اس کا سر کسی بہارے سے ٹکا ہوا ہو، کیونکہ اگر مریض اپنا سر ادا پر اٹھائے، مثلاً یہ دیکھنے کے لئے کہ کیا ہو رہا ہے، تو شکمی عضلات متعینہ تر جاتے ہیں۔ شکم کی دیواروں کے ارتخا میں امداد حاصل کرنے کے لئے بعض اوقات مریض کی ٹانگوں کو قدرے اٹھا دیا جاتا ہے، لیکن انہیں اس وضع میں قائم رکھنے کے لئے مریض کے گھٹنوں کے نیچے ایک تکیہ کا بہارا لگانے کی ضرورت ہے۔ اگر عضلات شکم موافق طور پر تنے ہوئے ہوں، تو مریض کو اندر اور باہر گہری سانس لینے کو کہنا چاہئے، اور اس وقت جب کہ ہاتھ شکم پر ہو مریض کو باتوں میں مشغول رکھنا چاہئے۔ یا مریض کو تکیہ پر سے اپنا سر اونچا کرنے کے لئے اور اسے تقریباً ایک منٹ کے لئے اٹھا ہوا رکھنے کے لئے کہنا چاہئے۔ مریض کے ایسا کرنے کا نتیجہ یہ ہوگا کہ عضلات تھک جائیں گے، اور اس کے بعد مکن ہے کہ ایک لمحہ کے لئے اس کا شکم امتحان کے لئے ڈھیلا پڑ جائے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ شکم کاٹش اس وقت کیا جائے جب کہ مریض ایک گرم مغل میں ہو۔ اگر ان ذرائع سے ناکامی ہو اور امتحان کا کرنا اول درجہ کی اہمیت رکھتا ہو تو کسی معدیم حس دوا کا استعمال کرنا چاہئے۔

شکم کا امتحان نہایت نرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہاتھ گرم ہوں، اور وہ سطح پر چپٹے رکھ دئے جائیں، اور اس امر کی احتیاط رکھی جائے کہ انگلیوں کے سرے دفعۃً شکم کے اندر نہ گرو دئے جائیں، کیونکہ ایسا کہنے سے عضلات منقبض ہو جاتے ہیں اور قابل اعتبار نتائج کا حاصل ہونا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ گہرے تنفس کے دوران میں اشتہا کی کلانیاں یا نو بالیدیاں بالخصوص وہ جو شکم کے بالائی حصے میں ہوں شناخت ہو سکتی ہیں، حالانکہ دوسرے وقت وہ شاید نظر انداز ہو جائیں۔ شکم کی جانبوں کا امتحان کرتے وقت مشاہدہ کو دودستی طریقہ کے استعمال کو ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئے، اور وہ یہ ہے کہ ایک ہاتھ کو بائیں سلی کے نیچے، اور دوسرے کو سامنے شکم پر رکھا جائے۔ اگر پہلے ہاتھ کو دوسرے کے طرف دبا جائے جو کہ بے حرکت ہے تو خفیف ترین کلانی یا مزاحمت بھی عموماً محسوس کی جا سکتی ہے۔ مخصوص اصابتوں میں مریض کو ترکیبی وضع میں رکھ کر امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

طبعی شکم میں ہاتھ کی حرکت کو تمام سمتوں میں بہت کم مزاحمت پیش آتی ہے۔ ظہوس احشاء، یعنی جگر، طحال، اور گردے غلغلی صدر کے بالکل اندر ہوتے ہیں۔ جگر کا بائیں

لختہ جو عرضاً شریف میں واقع ہے، چھوٹے حجم کا، پتلا اور نرم ہوتا ہے۔ کھوکھلے احشائے باسانی دب جاتے ہیں، اور اکثر کوئی چیز شناخت میں نہیں آتی، سوائے اس کے کہ دسبلہ اشخاص میں اوڈلی یا حرقفی عروق کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔

جس کے ذریعہ ہم مرض کی حالت میں اعضا کی شکل یا جہات کے تغیرات کو اور سلعات کی موجودگی کو شناخت کر سکتے، اور امور ذیل کے متعلق معلومات حاصل کر سکتے ہیں:۔
دو اشکم کی تنیدگی یا ارتخا کی حالت جو مقامی یا عمومی ہو سکتی ہے۔ مقامی یا عمومی الیمیت کی موجودگی۔ اس کا اظہار ممکن ہے کہ شکم کو ہاتھ سے چھوتے ہی ہو جائے، یا صرف اس وقت ہو جب کہ گہرا دبا جائے۔ شکم میں مختلف قسم کے حرکات محسوس ہو سکتے ہیں، یعنی طبی عروق کا، یا ایک انورسا کا یا مرض قلب میں جگر کا نبضان۔ آنتوں کی حرکت دوویہ۔ آنتوں میں ہوا کی حرکت (قراقر)۔ ایک متعہ معدے میں اس وقت جب کہ اس پر کسی قدر دفعہ دباؤ ڈالا جائے نسبتاً کثیف تر حرکات یا پانی اور ہوا کا چھلکنا۔ اور باریطون کی ملتبہ سلطاست کی رگڑ۔

جس میں ان دو طریقوں کو بھی شامل کرنا چاہئے جن کے ذریعہ استقائے شکمی یعنی کہنے باریطون میں مایع کی موجودگی شناخت کی جاسکتی ہے۔ وہ طریقے یہ ہیں: قعوج اور غییر وضعیت (ملاحظہ ہوا استقائے شکمی)۔

قرع۔ قرع کے ضمن میں ہمیں یہ بالخصوص یاد رکھنا چاہئے کہ کہنے شکم اوپر کے طرف غلظی صدر کے زیرین حصوں کے اندر تک پھیلا ہوتا ہے، شکم حالت صحت میں ان مشترکہ سطحوں کے صرف اتنے ہی حصے پر لگی ہوتا ہے کہ جتنا آنتوں اور معدے سے متناظر ہوتا ہے، یعنی ان تمام حصوں پر جو پلیوں سے نیچے واقع ہیں، اور بائیں جانب پر قلب کے نیچے کی غلظی کڑیوں اور پلیوں کے زیرین سروں پر۔ شکم ان حصوں پر اتم ہوتا ہے جو جگر اور طحال سے متناظر ہوتے ہیں، یعنی جگر کے لئے دائیں جانب سامنے چھٹی پلی کے بالائی کنارے سے یا پہلو میں آٹھویں پلی سے نیچے کی پلیوں پر، اور طحال کے لئے بائیں جانب اگلے نبلی خط سے ذرا نیچے کو نویں، دسویں اور گیارھویں پلیوں پر۔ گنگ اور امیت کے اضافی رقبے کھوکھلے احشاء کے اندر گیس کی مقدار میں تغیرات واقع ہونے سے بہت کچھ تبدیل ہو سکتے ہیں، اور جگر اور طحال کے اتم رقبے دوران تہیت میں نیچے کے طرف اور دوران زفر میں

اوپر کو ہٹ جاتے ہیں۔ مزید براں محلے، اور معاد کے مختلف حصوں کی قریبی آواز کی نوعیت میں بہت اختلاف ہوتا ہے۔

جگر اور طحال کی جسامت کی تبدیلیوں، یا ٹھوس رسولیوں اور دُوروں کی موجودگی سے اہمیت کے نئے رقبے پیدا ہو جائیں گے، اور بالعموم اہمیت کے ساتھ مزاحمت بھی موجود ہوتی ہے جو جس کرنے پر محسوس ہو سکتی ہے۔ چونکہ ان تبدیل شدہ حالتوں کا حوالہ مختلف احشاء کے امراض کے تحت ہمیشہ دیا جائے گا، لہذا یہاں ان کی تفصیل لازمی نہیں۔ قریب سے ہمیں استواء شکمی (جو ملاحظہ ہو) کی شناخت کا ایک دوسرا قیمتی طریقہ ملتا ہے۔

استماع۔ الہتباب باریطون میں کبھی کبھی جگر پر اور دوسرے مقامات پر فرک کی آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ شکمی انورساؤں کے ساتھ خیر موجود ہو سکتے ہیں۔ اگر اعور کے خط پر استماع کیا جائے تو لٹا لٹائی محوری مصراع کی راہ سے معائنی مافیہ کے گزرنے کی وجہ سے تھوڑے تھوڑے وقفوں سے آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ حاد الہتباب کی حالت میں یہ حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، چنانچہ جب حاد الہتباب زائدہ (acute appendicitis) کا شبہ ہو تو استماع مفید ہو سکتا ہے۔

لاشعاعوں کے ذریعہ امتحان۔ مری، معدے اور قنال غذائی کے امتحان کیلئے مریض کو ایک کھانا دیا جاتا ہے اور اس میں کوئی ایسا نمک ملا ہوا ہوتا ہے جو لاشعاعوں کیلئے غیر شگاف ہوتا ہے، مثلاً بیریم سلفیٹ (barium sulphate) یا بسمتہ کاربونیٹ (bismuth carbonate) یا آکسی کلورائیڈ (oxychloride)۔ تفصیلات علی الترتیب اعضا کے بیان کے تحت درج کئے گئے ہیں۔ تو لون کے امتحان کے لئے ایک غیر شگاف حقنہ کا استعمال بھی کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے اعضا کا امتحان کرنا ہو تو ملیتات دسے کر غذائی قنال کو حتی الامکان غالی کیا جاتا ہے اور شکم کے صفحے لئے جاتے ہیں۔ موافق حالات میں اس طریقہ سے صفراوی حصّۃ کی موجودگی دریافت کی جاسکتی ہے۔ مرادہ کو ظاہر کر نیکا گرام کا طریقہ بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

شکم بینی (coelioscopy)۔ اس طریقہ میں نووکین کے ذریعہ عدم حمیت پیدا کر کے دیوار شکم میں ایک شگاف دیا جاتا ہے۔ کوئٹہ باریطونی کے اندر ہوا داخل کیجاتی ہے اور اس کے مافیہ کو ایک شکم بین (laparoscope) کے ذریعہ سے دیکھا جاتا ہے۔ یہ طریقہ

خالصاً تشخیصی اغراض کے لئے اُس وقت جب کہ ایک انتقصابی شکم شکنائی ناجائز ہو، استعمال کیا جاتا ہے (۱)۔

شکم حاد

(acute abdomen)

بہت سی حاد شکمی حالتوں میں جراحی دست اندازی سے جو موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں ان کے پیش نظر تشخیص کی اہمیت جتنی بھی بیان کی جائے کم ہے۔ اگرچہ مختلف حاد حالتوں کے ممیز نشانات بعد میں مختلف امراض کے تحت بیان کئے جائیں گے، تاہم مناسب خیال کیا جاتا ہے کہ یہاں مریض کے امتحان کے متعلق چند نکات درج کئے جائیں اور ان حالتوں کی ایک فہرست دی جائے جو شکم حاد یا اُس سے مشابہ علامات پیدا کر سکتی ہیں۔

سابقہ سرگزشت سے نہ صرف یہ ظاہر ہو جائے گا کہ آیا ایسے ہی علل پہلے ہو چکے ہیں بلکہ یہ بھی کہ آیا کوئی اشارہ کن علامات ہو چکے ہیں، مثلاً سورہ مضم کی سرگزشت جو کہ ایک مشقوب معدی قرحہ (peptic ulcer) یا حاد التهاب زائدہ کا پیشرو ہوتا ہے۔ حیض کی سرگزشت اور یرقان، قے، الدم، دم بولیت کے سابقہ وقوع کے متعلق دریافت کرنا چاہئے، نیز یہ کہ وزن میں کوئی تازہ کمی تو نہیں ہوئی ہے۔ موجودہ حالت کی سرگزشت میں یہ سوالات شامل ہوں گے کہ حملہ کا آغاز حاد طو پر ہوا ہے یا تدریجی طور پر۔ مدد کا مقام اور اُس کی نوعیت کیا ہے؟ آیا وہ حرکت کر گیا ہے یا کسی خاص سمت میں دوڑتا ہے؟ آیا درد کے ساتھ قے کا کوئی تلامزم ہے؟ قے کس نوعیت کی ہے؟ آیا متلی موجود ہے؟ آنتوں کی حالت کیسی ہے؟ امتحان غذائی نظام کے متعلق ہی نہیں بلکہ مکمل ہونا چاہئے تاکہ اُس سے دروں معدی ضررات، مثلاً پلوری ذات الریہ، التهاب تارمور، اور حاد استوائی فصل قلب معدی کلیلی علقیت کے ہزال شخاع کے معدی بحرانات اور گردوں اور بولی خط کے ضررات، یعنی التهاب گردہ و حوض گردہ (pyelonephritis)، التهاب گردہ (peri-nephritis)، حاد التهاب مغز استخوان (osteomyelitis) اور شوک کے مرض پاٹ (pott)، اور تہی حالتوں، یعنی یوریا دمویت (uræmia)، ذیابیطی، قوما اور قوری قے (cyclical vomiting) کی تشخیص ہو جائے۔ تو لہج نہایت حاد شکمی علامات

پیدا کر سکتے ہیں، یعنی معائی قولنج، رصاصی قولنج (lead colic) صفراوی قولنج (biliary colic) اور قولنج کلوئی (renal colic) جس کے ساتھ اگزالیٹ بولیٹ (oxaluria) بھی شامل ہے۔ اس کے علاوہ عضوی دروں شکمی حالتیں پائی جاتی ہیں، یعنی التهاب زائدہ، متقوب معدی قرعہ اور کبھی کبھی متقوب معالی قرعہ۔ حاد معانی قد دخواہ اس کے ساتھ تخفیف ہو یا نہ ہو، حاد التهاب مرارہ (acute cholecystitis) 'التهاب عطفہ (diverticulitis) 'نزفی التهاب لبلبہ' بقی ریوی اور شانوی التهاب باریطون حمل بے محل (ectopic gestation) 'التهاب انبوبہ (salpingitis) اور دوسری امراض النئی حالتیں یا ساریقی علقیت اور سداویت، ہینوک کا پیریورا (Henoch's purpura) اور دوسرے دروں شکمی نزفات اور تقطیعی اور ملی انورسما (dissecting aortic aneurysm) -

دوسری ممکن حالتیں یہ ہیں :- شکمی انفلممنا، تدرن، بالحت، ووس لفائفی اعوری عدد کا، میات ہونی غذائی تسم، تقیحی التهاب ورید الباب (pylephlebitis)، اور مدارینی ممالک میں امیبائی زحیر، التهاب جگر اور مایریا۔

التهاب الفم

(STOMATITIS)

منہ کے التهاب یا التهاب الفم (stomatitis) کا وقوع ایک عام نازلی حالت کی حیثیت سے ہوتا ہے جو گالوں کی اندرونی سطح، سوڑھوں، اور لبوں کو ماؤ کر دیتی ہے، اور نسبتاً زیادہ محدود المقام شکلوں میں اس کا وقوع قلعی (aphthous) 'تقری (ulcerative) یا گنگرینی التهابات الفم کی حیثیت سے ہوتا ہے جو تقریباً یقینی طور پر خرد عضویوں کے باعث ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ ظاہر ہے کہ بعض خاص حالات خرد عضویوں کے عمل کے لئے ضروری ہوتے ہیں، کیونکہ تندرست اشخاص کے دہنوں میں بھی بے شمار خرد عضو یہ پائے جاتے ہیں جن میں بقیات عنیب، بقیات سبجیہ، ٹارولی (torulae) اور بیض اوقات بقیات ریویہ اور خفاق دالی کے عینے شامل ہیں۔

بعض جلدی امراض کے ضررات خدی غشاء غماطی کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں، مثلاً سسلہ (herpes)، دوار الفقاع (pemphigus) اور شرمی (urticaria) کے۔ غماطی التهاب الفم (herpetic stomatitis) ایک حالت ہے جس میں بے شمار عیونے جھوٹے قروح تمام سوڑھوں پر اور گالوں کے اندر پائے جاتے ہیں۔ یہ قروح اس قدر الیم ہوتے ہیں کہ غذا سیال یا آدھ مٹوس ہونی چاہئے، کیونکہ تمضغ ناممکن ہو جاتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ گلسٹرین بورکس (glyc. boracis) کا بار بار الساق کیا جائے۔

اس التهاب الفم کو جو صرف سوڑھوں تک محدود ہوا التهاب لثہ (gingivitis) کہتے ہیں۔ التهاب لثہ کی مختلف قسمیں دار الحوض (اسقم ٹوٹ) (scurvy) اور حامد سفید خونی عدم دمویت (acute leukaemia) میں اور امراض دندان کے مقامی نتائج کے طور پر جو فیزی ریمی سیلان (pyorrhoea alveolaris) کی شکل میں دیکھی جاتی ہیں۔ سستی بوسیدگی کی تحریر کے لئے ملاحظہ ہو جیاتین ۵۔

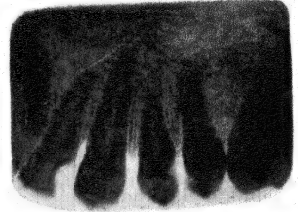
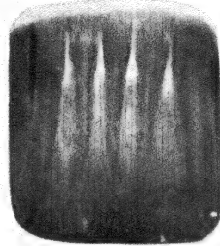
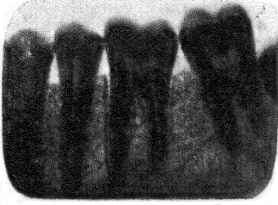
عقوننت دہن (oral sepsis)۔ دانتوں کی تندرست حالت کی اہمیت پر نہ صرف التهاب الفم بلکہ عام خرابی صحت کی حالتوں میں بھی خاص زور دینا ضروری ہے۔ حادثہ جو فیزی پھوڑے کے علاوہ تین حالتیں ایسی ہیں جو طبی نقطہ نظر سے اہم ہیں: (۱) جس میں کسی امریکی سلعہ، جسے بسا اوقات غلطی سے سن راسی پھوڑا کہا جاتا ہے جو فیزی ٹنڈوں، مددہ دانتوں کی جڑوں اور ایسے دانتوں کی جڑوں کے گرد بنتا ہے جو جوینت ربودہ ہو گئے ہیں۔ یہ ہمیشہ نجات کجیہ سے سرایت زدہ ہوتے ہیں جو بالعموم غیر خون پاش قسم کے ہوتے ہیں۔ چونکہ اگر کبھی سلعہ کی دیوار موٹی ہوتا ہے اور دوران تفرج میں وہ دانت کے ہمراہ نکل آتا ہے، لہذا اہم کے اندر اس کے انتشار کا اتنا خطرہ نہیں ہے کہ غذا ملایف التهاب الفم میں ہوتا ہے، جو کہ بعد میں بیان کیا جائے گا (۲)۔ ممکن ہے کہ عام خرابی صحت کے علامات اور نیکان اور عدم دمویت موجود ہوں۔ یہ بی اعجب ہے کہ بہت سے مجہول المبدأ امراض کا سبب آئندہ زمانہ میں یہی سمجھا جائے گا۔ بالخصوص ذہن کبھی صدریہ رشیت آسا التهاب مفصل (rheumatoid arthritis) ساری التهاب دریں قلب (infective endocarditis)، متوالی معدی اور شائعہ بی قروح، التهابات چشم (یعنی التهاب قزحیہ (iritis)، التهاب قزحیہ (keratitis) التهاب شمیمیہ

(choroiditis) اس راسی اریکی سلمہ کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ مردہ دانتوں کو نکال دینا چاہئے۔ لیکن یہی کافی نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ اُس وقت بھی جب کہ دانت تندرست نظر آتا ہو اور اُسے تھپ تھپانے سے نہ کوئی درد اور نہ کوئی اہمیت محسوس ہوتی ہو، ایک اریکی سلمہ موجود ہو۔ واحد صحیح طریقہ یہی ہے کہ دندانہ شعلہ نکارشیں لی جائیں، جن میں جڑوں کے مقام پر صاف فضا کی موجودگی سے اریکی سلمہ کی شناخت آسانی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے جڑ بچائے خود جذب ہو جائے۔ سرایت سے پیدا شدہ ان فضاؤں کو بعض تشریحی خصوصیتوں سے تمیز کرنا چاہئے، مثلاً بالائی جڑے میں، حنکی حفرہ جو کہ مرکزی ثنایا کے راسوں کے درمیان ہے، اور اس سے اوپر انفی حفرات، فکلی مغارہ جو کہ طوحن اور ضواحک کی جڑوں کے قریب ہے۔ زیریں جڑے میں، تختانی سنی قتال کا خط جو کہ طوحن کے راسوں کے نیچے ہے، اور ذقنی سوراخ جو کہ ضواحک کے نیچے ہے۔

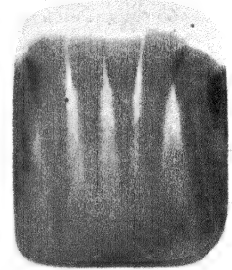
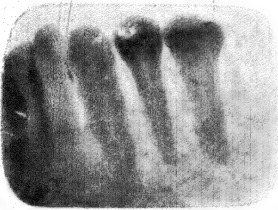
(۲) جو فیزی سریمی سیلان، جس میں مزمن التهاب ہوتا ہے اور اس کے ساتھ دانتوں کی جڑوں کے گرد کی ہڈی جذب ہو جاتی ہے۔ یہ گردستی غشا کی دبازت کی حیثیت سے شروع ہوتا ہے (جڑوں کے سین گرد گرد کا شفاف رقبہ) اور ممکن ہے سوڑے کے حاشیہ

322

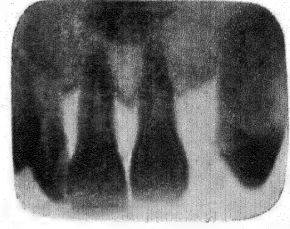
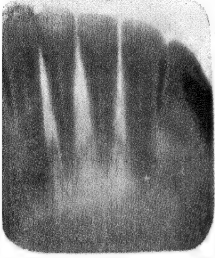
تک محدود المقام رہے یا تمام جڑ کے گرد پھیل کر عمومی ہو جائے۔ (ورقہ جافہ lamina dura) (جو کہ گردستی غشا کے گرد ایک غیر شفاف خط ہے) معدوم ہو جاتا ہے۔ دانتوں کے درمیان جبین بن جاتی ہیں۔ جیب کا فرش دانتوں کی جڑوں کے درمیان نسبتاً زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اور اس کا فتح تنگ ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ غذائی لمبے اور پیپ سے بھر جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶)۔ میلیت میں بقدر رکاوٹ ہوگی جوئے خون کی سرایت کا وقوع اسی تناسب سے ہوئے گا امکان ہوتا ہے۔ جب پیپ کا اخراج آزادانہ ہوتا ہے تو خرد عضویہ نکلے جاسکتے ہیں اور پھر وہ مختلف غذائی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن عضویوں کو نکلنے کی نسبت جوئے خون کی سرایت غالباً زیادہ خطرناک ہوتی ہے۔ گودریش (Goodrich) اور موزلی (Moseley) کی رائے ہے کہ جو فیزی ریسی سیلان اولادہن کے نحیف شعریہ (leptothrix) کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن اس کے ساتھ دوسرے عضویہ، بقات سمجیہ وغیرہ بھی ہمیشہ پائے جاتے ہیں، اور یہ اُن مختلف امراض کا سبب ہوتے ہیں جو جو فیزی ریسی سیلان سے ننانوی طور پر پیدا



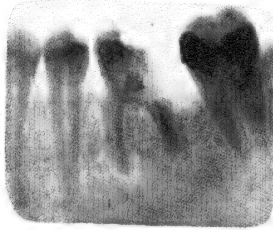
شکل ۱-۲-۳۔ دانتوں کی شعاع نگاشتیں جن میں جو فیزہ طبعی ہے۔ نینتی خطہ میں دانتوں کے درمیان باریک نوک والے شوکے (گٹھک: Gothic شوکے) اور طمانی اور صاف کی خطہ میں مچی پوہیں دیکھنی چاہئیں۔ شکل ۱ میں طبعی مغارہ ایک نسبتہ صاف فضا کے طور پر نظر آ رہا ہے اور اس کا حاشیہ خوب واضح ہے۔



شکل ۴-۵-۶۔ جڑے کی شعاع نگاشتیں جن میں عاجل جو فیزی ری سیلان نظر آتا ہے۔ دانتوں کے درمیان اور گرد کسی قدر جو فیزہ تلف ہو گیا ہے۔ ہارڈ کا اکثر حصہ دو کر دیا گیا ہے۔ (ایچ۔ ایم۔ ورٹھ کی ملی ہوئی فلموں سے)۔



شکل ۸۔ ۹۔ شعاع نکاشتیں جو زرقی یافتہ ری می جو فیزی سیلان ظاہر کرتی ہیں۔ جڑوں کے گرد جو فیزہ تقریباً بالکل تلف ہو گیا ہے۔



شکل ۱۰۔ ۱۱۔ ۱۲۔ شعاع نکاشتیں جو دانتوں کی جڑوں کے گرد پھوڑے ظاہر کرتی ہیں۔ یہ صاف فضاؤں کے طور پر نظر آتے ہیں جن میں جڑیں بروز کرتی نظر آتی ہیں۔ شکل ۱۲ میں متاثرہ دانت میں ایک بھرت (filling) موجود ہے جو کہ لپی کہف میں اتر گئی ہے۔ بوجہ انجذاب خراجی کہف میں جڑ کی نوک کا کندہ پڑ جانا بھی ملاحظہ کرنا چاہئے۔ اس شکل میں بڑی اور صاف فضا طبعی منارہ ہے (ایچ۔ ایم۔ ورنٹھ کی لی ہوئی فلموں سے)

ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے لطف التهاب العظم معد زندہ دانتوں کے راس کے انجذاب کے موجود ہو۔ یا صلابت آفریں التهاب العظم موجود ہو۔ آخر الذکر دانت کے راس پر (جو کہ بعلی بن جاتا ہے) جو فیزہ کی ہڈی کو معمول سے زیادہ کشیف بنا دیتا ہے (3)۔ لطف التهاب العظم، بقیہ سچی سرایت کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے، جو کہ زیادہ تر خون ناپاش قسم کی ہوتی ہے، اور اس کا انتخاب جوئے خون کی راہ سے اس سے زیادہ آسانی سے ہوتا ہے کہ جتنا آسانی سے سن رہی لہجی سلعہ میں ہوتا ہے (2)۔

عفونت دہن کی تخوین یعنی روک تھام کا یہ طریقہ ہے کہ دانتوں کو بالکل صاف اور ڈارڈار سے پاک رکھا جائے۔ اس کے ساتھ ہی اس امر کی انتہائی احتیاط رکھنی چاہئے کہ برش سے زیادہ سختی کے ساتھ رگڑنے سے سوڑھا عادتاً زخمی نہ ہوتا رہے۔ غذا میں کافی حیاتینیں ہونی چاہئیں۔ سنٹراسی اسرہی سلعہ کا علاج یہ ہے کہ دانت نکال دیا جائے، اور زیادہ بڑھے ہوئے جو فیزی رچی سیلان کے لئے بھی یہی بیان درست ہے، کیونکہ اس حالت کا کوئی شافی علاج نہیں ہے۔ دانت کو نکالنے سے چند روز پہلے دو جلا گا موقعوں پر دانت کو کھرج (scale) کرا اور دوسرے طور پر صاف کر لینا مناسب ہے، کیونکہ اس سے عفونی جذب کے رکنے کا رجحان ہوگا۔ اس کے علاوہ حتی الامکان تمام خراب دانتوں ایک ہی مرتبہ نکال لینا بہتر مین ہے (4)۔ تخفیفی علاج یعنی جیبوں کو وقتاً فوقتاً دھو کر صاف کرتے رہنا بھی اختیار کیا جاتا ہے۔

تھامال (thymol) کا آبی محلول ایک مفید غسول دہن ہے، کیونکہ یہ ایک خاص طور پر قوی وافع عفونت دوا ہے۔ تھامال پانی کے اندر بہت ہی خفیف حل پذیر ہوتا ہے، چنانچہ صرف اتنی ضرورت ہے کہ پانی کی ایک بوتل میں اس کی دو یا تین قلمیں ڈال کر اُسے کچھ عرصہ تک رکھا رہنے دیا جائے۔ اگر بیرونی پیش بلند ہو تو یہ محلول زیادہ قوی ہو جاتا ہے اور منہ میں ایک جلن کا احساس پیدا کر دیتا ہے، لہذا اسے استعمال سے پہلے ہلکا کر لینا چاہئے۔

نازلتی التهاب الفم (catarrhal stomatitis)

اسباب - نازلتی التهاب الفم اولاً تو کیمیائی یا میکائی خراش سے پیدا

ہو سکتا ہے، جیسے کہ ترشوں اور قلویات کے تماس کثرت شراب نوشی یا ٹوٹے ہوئے یا بوسیدہ
داغوں کی موجودگی سے۔ دویم وہ ایسے التهاب سے پیدا ہو سکتا ہے جو ہم پہلو حصوں سے
پھیل آئے، جیسے کہ ناک یا انفی بلعوم سے۔ سویم بعض سموم کے علی سے، یعنی پائے، جست،
اور سنگسار سے۔ اور چہارم بعض عمومی اور بیشتر ساری حالتوں کی وجہ سے، جیسے کہ کھسار
جیک، آتشک، داد الحفر سفیدخونی عدم دمویت وغیرہ سے۔

علامات یہ ہیں:- مسوڑھوں لبوں اور گالوں کی اغشیہ مخاطیہ کا ورم اور
زائد سرخی زبان کا ورم کثرت ریتی اور معدی مخاط کے افراز کا بڑھ جانا جو سطح پر ایک نماد
کی طرت میک جاتا ہے، اور ہم پہلو لمفائی غد کا ورم۔ چبانے اور نگلنے میں درد ہوتا ہے
اور عکس ہے کہ سانس بدبودار ہو۔ بعد کے درجوں میں خراشیدگی اور اوپری تھنج
واقع ہو جاتا ہے۔

علاج۔ حتی الامکان خراش کے تمام اسباب دور کئے جائیں اور دافع
عفونت غسولات کام میں لائے جائیں جیسے کہ بورک ایسڈ (۲ تا ۵ فی صدی) پوٹاشیم
کلورائیڈ (۳ فی صدی)۔ اور ما بعد درجوں میں نسبت بہت زیادہ قابض محلولات جیسے
کہ پھشکری (alum) (دگریں فی اونس) یا گلیسرین آف ٹانین (glycerine of tannin)

قلاعی التهاب الفم

(aphthous stomatitis)

یہ بچوں میں ہوا کرتا ہے، مانتھوس پہلے اٹھار کے زمانہ کے قرب میں اور بالغوں
میں کمتر ہوتا ہے۔ اس میں بہ ہوتا ہے کہ مسوڑھوں اور زبان پر اور لبوں اور گالوں کی
اندرونی سطح پر کول رمادی جلیکتیاں باطلاعات بن جاتے ہیں۔ یہ قطر میں ۲ تا ۵ ملی میٹر
اور سطح سے قدرے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں اور اگر جہ آلبوں کا طرح نظر آتے ہیں
لیکن درحقیقت سرطلہ کے نیچے ایک فائبرینی ارتشاح ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔
کچھ عرصہ کے بعد سرطلہ جھڑ کر گر جاتا ہے اور چھوٹے رمادی رنگ کے قروح رہ جاتے ہیں
بن کے حاشیے تنگ اور سرخ ہوتے ہیں۔ متلاشدہ یکجہ بے پین ہوتے ہیں اور

انفیس کی قدرت کم ہوتی ہے، ریت کی خفیف سی زیادتی ہوتی ہے، اور دودھ پینے میں یا جبانے میں درد ہوتا ہے۔ یہ قروح چند روز میں مندل ہو جاتے ہیں، لیکن بعض مریضوں میں ممکن ہے کہ پھر نمودار ہو جائیں۔ بالوں میں قلاعات اتنے بے شمار نہیں ہوتے جتنے کہ بچوں میں۔

علاج - دافع عفونت غمولات اور کلیسیئریم بوراکیس (glycerinum boracis) استعمال کئے جاتے ہیں۔ بالوں میں نائٹریٹ آف سِلور (nitrate of silver) کے لگانے سے درد فی الفور کم ہو جاتا ہے اور اکثر جلد شفا ہو جاتی ہے۔

گنگرینی التهاب الفم

(gangrenous stomatitis)

یہ مرض جسے آکلند الفم (cancerum oris or noma) بھی کہتے ہیں کمزور بچوں میں ہوتا ہے، یا ایسے بچوں میں جو خراب منی حالات میں ہوں یا ایسے بچوں میں جو ساری مرض سے محتیا ہو رہے ہوں جن میں کھسرا اور تپ مخرق عام ترمیم ہوتے ہیں۔ یہ جراثیمی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تغیرات بہت سریع الوقوع ہوتے ہیں۔ گال کی اندرونی سطح پر تصلب کا ایک چھوٹا سا نقطہ پیدا ہو جاتا ہے، اور جلد ہی گال کی ساری دبازت سخت ہو کر مرکز میں سیاہ اور آس پاس منہ ہو جاتی ہے، یہ الفاظ دیگر ایک خفیہ بن جاتا ہے۔ اگر یہ بڑھتا رہے تو کال میں سوراخ ہو جائے گا، اور اگر یہ لبوں پر ہے تو مسورھا ماؤف ہو کر دانت گر پڑیں گے۔ درمیان تپ بہت کم ہوتی ہے، لیکن بچہ جلد خستہ ہو کر مر جاتا ہے۔

علاج - بچہ کو بچانے کا واحد طریقہ یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو فی الفور نائٹریک ایسڈ سے تلف کر دیا جائے یا چاقو سے اس کا امتیصال کر دیا جائے۔ علاوہ انہیں بچہ کو غذا اور میٹجات سے سہارا دینا چاہئے۔

قلاع

(thrush)

قلاع کمزور اور ناقص تغذیہ رکھنے والے شیرخواروں میں اور بالخصوص ان میں

جنہیں ہاتھ سے غذا دی جاتی ہے، یا جو اسہال میں مبتلا ہوں، اور بالغوں میں لاغری پیدا کرنے والے امراض کے آخری درجوں میں مثلاً سل ریوی (phthisis)، سرطان، اور تپ محرقہ میں دیکھا جاتا ہے۔ لبوں، گالوں، موڑموں، نالو اور زبان کی غشائے مخاطی پر دودھ جیسی سپید چکیتیاں ہو جاتی ہیں، جو شکل میں بے قاعدہ، منتشر یا مجتمع، سطح سے قدے اور پراٹھی ہوتی، اور ایک باریک سرخ لکیر سے گھری ہوتی ہیں۔ اگر ایک ایسی چکیتی کو چھیل کر نکال دیا جائے تو اس کے نیچے کی غشائے مخاطی شوخ سرخ رنگ کی پانی جاتی ہے، بلکہ اس جگہ کیقد ر خون بہتا ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد چکیتی پھر بن جاتی ہے۔ وہ سرطانی چھیلوں بھی گلوبچوں، اور ایک فطر یعنی بویضی فطر ابیض (oidium albicans) کے بذروں اور فطری جال (mycelum) پر مشتمل ہوتی ہے کیٹیلانی (Castellani) کی رائے ہے کہ مدارینی ممالک میں قلاع بہت سی قسموں کے فطر کے باعث ہو سکتا ہے۔ یہ فطر پہلے سرطمانہ کی درمیانی تہوں میں نمودار ہوتا ہے اور پھر وہاں سے اوپری اور گہری تہوں کے طرف دونوں سمتوں میں پھیلتا ہے۔ اغلب ہے کہ اس التهاب الفم کا سبب جو اس کے ساتھ ہوا کرتا ہے، فطر کی بالیدگی ہے۔ لیکن ووجل (Vogel) نے بیان کیا ہے کہ دہن کے افزات، جو سپید چکیتوں کے نمودار ہونے سے پہلے ترشی ہوتے ہیں فطر کے جڑوں میں مدہ ہوتے ہیں۔ جن بچوں کو قلاع اور اسہال ہوتا ہے، ان میں اکثر اوقات مبرز کے گرد انشیجات ہوتے ہیں، جس کی بنا پر عوام کا یہ خیال ہے کہ قلاع بچہ کے اندر سے گذرتا ہوا نیچے سے نکل گیا ہے، لیکن گو شدید اصابتوں میں قلاع بلعوم بعد مری تک پھیل جاسکتا ہے، تاہم وہ استوائی سرطمانہ سے ڈھکے ہوئے حصوں پر نہیں واقع ہوتا۔ یہ مبرز یا طغ یا تو احمراہ تبسمی (erythema intertrigo) یا پیدائشی ناریہ (congenital syphilide) ہوتا ہے۔ قلاع سے کیقد مقامی تکلیف اور نگلنے یا دودھ پینے میں درد پیدا ہو جاتا ہے لیکن ان کے علاوہ جو علامات ہوں وہ بالخصوص صحت کی ماضی حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

علاج - مریض کی عام حالت کی اصلاح کرنی چاہئے۔ خیر خواروں میں غذا کو مناسب بنانا اور اسہال کو روکنا چاہئے۔ کھانے کے بعد ہر بار منہ کو ایک نرم کپڑے کے ایک تارہ ٹکڑے سے پونچھ کر صاف کر دینا چاہئے، اور چکیتوں کو بوریکس (borax) کے محلول (اگر دین ایک اونس میں) سے چھو دینا چاہئے، یا قدرے کلیرین آف بوریکس

(glycerine of borax) منہ کے اندر باقی رہنے دینا چاہئے۔

324

مری کا تسد

(OBSTRUCTION OF THE OESOPHAGUS)

یہ غذائی نالی کے اس حصے کی اہم ترین امراضیاتی حالت ہے۔ اس کے اسباب یہ ہیں۔
اجسام غریبہ کا پھنس جانا جیسے کہ مصنوعی دانتوں کا۔ واسطی بالیدوں (mediastinal
growths) اور نہایت ہی شاذ طور پر صدی الفور سسٹوں کا باہر سے دباؤ ڈالنا۔ خود نالی کی
دیواروں میں سرطانی یا دوسرے سلعات کی بالیدگی۔ اکمال عموم سے متضرر ہو جانے کے بعد
اس میں جو فروج پیدا ہو جائیں ان کے انقباض سے ضیق پیدا ہو جانا۔ عضلی دیواروں کا فعلی
شیخ فزاد کا عدم اشتعال یعنی شیخ الفواد (cardio-spasm) عطفے۔ آخری چار حالتوں پر علحدہ
علحدہ غور کیا جائے گا۔

مری کا سرطانی سلعہ

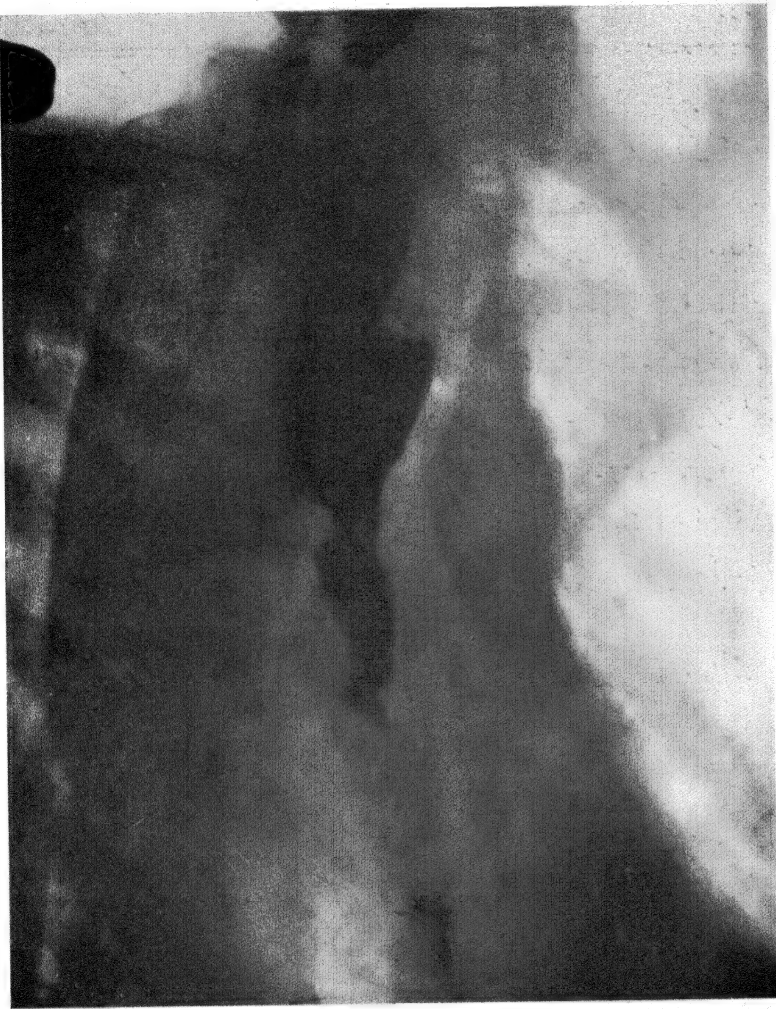
(carcinoma of the oesophagus)

بعض ماٹری عمر میں ہو کر تانبے اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ یہ
بالید مری کے بالائی ٹکٹ کے نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ اسکے درمیانی اور زریں ٹکٹ میں
واقع ہوتی ہے، لیکن قصبۃ الریہ کی دو شاخوں کے مقابل اور مری کی فوادی انتہا پر وہ بالخصوص
کثیر الوقوع ہوتی ہے۔ مری کا سرطان ہمیشہ اولی ہوتا ہے۔ رفتہ رفتہ وہ اندرون مری میں
نامحور و متفرج سطح پیدا کر دیتا ہے۔ رسولی مری کو جزئی یا کلی طور پر گھیر لیتی ہے اور انتصاباً
انامہ انچہ تک پھیلتی ہے۔ مزید برآں یہ اکثر قصبۃ الریہ یا پھیپھڑے کی جڑ کو آف کر دیتی
یا باز گرد حنجری اعصاب پر دباؤ ڈالتی ہے۔ واسطی لمفی غدو بڑے ہو جاتے ہیں اور عام طور پر
عنقی غدو بھی ابتداء ہی سے بڑے ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ پہلی اور نمایاں علامت عمر البعل ہے۔ مریض ٹھوس چیزیں نگلنے میں
دقت محسوس کرتا ہے جب کہ وہ سیالات بہ آرام آتا رہتا ہے۔ یہ دقت بتدریج زیادہ ہوتی

جاتی ہے، اور بالآخر ٹھوس غذا چھوڑ دینی پڑتی ہے۔ صرف مائعات لئے جاسکتے ہیں، اور اگر ایک وقت میں ایک منہ بھر سے زاید مائع لینے کی کوشش کی جائے تو وہ واپس نکل آتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ مریض کو اچھو لگ جائے۔ درود عموماً نہیں موجود ہوتا۔ چند ہفتوں کے بعد بعض دُبا ہونا شروع ہوتا ہے اور اس کی طاقت و توانائی کم ہوتی جاتی ہے۔ یہ علامات عموماً ترقی پذیر ہوتے ہیں، لیکن کبھی کبھی رسولی کی سطح پر سے بعض حصوں کے ریزہ ریزہ ہو کر علیحدہ ہو جانے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مری کا قطر یہ پھر بڑا ہو جاتا ہے، اور مریض کی حالت میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے۔ اگر کوئی تدارک نہ ہو سکا ہو تو محض خستگی سے یا پیچیدگیوں کے باعث موت واقع ہو جاتی ہے۔ اس طرح پر بعض مریضوں میں رسولی کے پھیلنے سے قصبۃ الریہ کے ساتھ ارتباط واقع ہو جاتا ہے۔ غذا کے ریزے سانس میں اندر چلے جاتے ہیں اور عفونی شئی ذات الریہ (septic broncho-pneumonia) شروع ہو جاتی ہے۔ دوسرے مریضوں میں فوبالید کا حملہ براہ راست شش پر ہوتا ہے اور گنگرین یا شئی ذات الریہ جس کے ساتھ ممکن ہے کہ ذات البجب یا قیح الصدر بھی موجود ہو، مریض کو موت کے گھاٹ اتار دیتا ہے۔ اور بھی دوسروں میں اس وقت جب کہ بالید بالائی سر پر ہو، باز گرد خجری اعصاب پر دباؤ پڑنے سے مزار کے عضلات متباعدہ مشلول ہو جاتے ہیں، بس سے ممکن ہے کہ اعتناق پیدا ہو جائے۔ شاذ اماتوں میں ایسا بھی ہوا ہے کہ رسولی نے اور طی کو کھکھرا کر ہلاکت خیز نرفت پیدا کر دیا۔ بالآخر، سرطان کے جماؤ دوسرے اعضا میں بھی پسدا ہو جاتے ہیں، بالخصوص جگر اور پیچیدوں میں۔ کبھی کبھی ہی موت کا سبب ہوتے ہیں، در اس حالیکہ مری کے اندر کی بالید اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ نگلے میں کوئی وقت نہیں پیدا کر سکتی۔

تشخیص۔ پچاس سال سے اوپر کی عمر والے شخص میں تدریج بڑھتا ہوا عسر البلع اماتوں کی غالب تعداد میں مری کے سرطانی سلسلہ کے باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ عسر البلع کی حالت نظر انداز ہو جائے۔ مثلاً غذا مری کے اندر تنگی کے مقام سے اوپر ہی اوپر اتنے عرصہ تک ٹہری رہے کہ اس کی باز ردی کو مریض یا کوئی غیر محتاط مہتمم غلطی سے قہقہے سمجھ لے، اور اس طرح ایک معدی ضرر کی غلط تشخیص ہو جائے۔ مریض اکثر وہ ٹھیک لیول بنا سکتا ہے جہاں تسد واقع ہوتا ہے۔



قصبتہ الریہ کی دو شاخ کی کے مقام پر مچی ایک سرطانی تضیق کی شعاع نکاشت جو کہ ترچھی وضع میں لی گئی ہے۔ بیریم سلفیٹ کے استحقاق جو کہ مریض نے نگل لیا ہے۔ مری کا بالائی سرا بھرا ہوا نظر آتا ہے۔ بیریم کی باریک سی دھاری متع حصہ کے پینڈے سے مری میں نیچے گزرتی دکھائی دیتی ہے۔ بالید کے سبب سے درونہ کی بے قاعدگی اچھی طرح دکھائی گئی ہے۔ بیریم کے سامنے کا سایہ اوٹھی کی محراب ہے۔ (مسٹر ڈیولونڈ سے لاک کے لئے ہونے صفحہ سے)

بسمتھ کھلانے کے بعد اگر لاشعاع کا استعمال کیا جائے تو تسد کی موجودگی کی نہایت آسانی کے ساتھ تصدیق کی جاسکتی ہے، اور اس وقت تسد کا ٹھیک مقام اور اسکی وسعت بھی بتائی جاسکتی ہے۔ ان شعاعوں سے یہ بھی ظاہر ہو جائے گا کہ ضرر مری کے اندر ہے یا باہر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۱)۔ جب تسد مری کے اندر واقع ہو تو پھر بھی سرطانی سلعہ، ندبی یا شنجی ضیق، عطفات اور قواد کے عدم ارتخا کے درمیان امتیاز کرنا ضروری ہے۔ مری باہر کے ذریعہ است معائنہ کرنا چاہئے۔ عدم ارتخا کی حالت میں مری بہت تنگ ہوتی ہے، لیکن رسولی کی صورت میں اتساع زیادہ نہیں ہوتا کیونکہ آخر الذکر حالت میں تسد زیادہ حاد طور پر واقع ہوتا ہے۔ ایک بند پولی ٹی جس کے اندر اسے وزنی کرنے کے لئے پارہ بھر دیا گیا ہو، مری کے اندر داخل کی جاسکتی ہے (Hurst)۔ رسولی کی حالت میں یہ نہیں گزریگی، لیکن عدم ارتخا کی حالت میں عموماً گزر جائے گی۔ برے اور سخت عنتی غد کی موجودگی سے بھی رسولی کی تائید ہوتی ہے۔

325

انذار۔ یہ کیساں طور پر خراب ہوتا ہے۔ اگر تسد دور بھی کرویا جائے تو بھی ضمیمہ رسولی تھوڑے ہی عرصہ میں آگے پھیل کر مہلک ثابت ہوگی۔ مدت حیات عموماً چھ سے بارہ مہینوں تک کی ہوتی ہے۔

علاج۔ اگر ایک چھوٹی جسامت والی شمع گزاری جاسکے تو ہر دوسرے یا تیسرے دن اس کے استعمال سے راستہ کو کچھ عرصہ تک کھلا رکھا جاسکتا ہے۔ لیکن غذا لئے راستہ کو کھلا رکھنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ادخال انبوبہ اس طریقہ میں جو کہ کریش ایبہ (Krishaber) کا ایجاد کردہ ہے کچھ ترمیم کر لی جائے۔ ایک انبوبہ تصبیق کے آہر پار گزار کر اسے لمبی دن تک یا مستقلاً علی مالہ رہنے دیا جاتا ہے اور مریض کو کھانسی و ساطت سے سستیاں غذا دی جاتی ہے۔ اگر یہ تدابیر ناقابل عمل ہوں تو تصویبہ معللہ (gastrostomy) کے عمل کے ذریعہ معدے کو کھول سکتے ہیں۔ بعض اوقات مری کی بالید پر ریڈیم کے مقامی استعمال سے عنتی میں تخفیف حاصل کی جاتی ہے عنتی لاشعاعوں کے استعمال سے اچھے نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

ندبی تضیق

(cicatricial stricture)

اس میں بھی خاص علامت عمر البعل ہے۔ لیکن یہ سرطان سے اس امر میں مختلف ہوتا ہے کہ یہ ایک خاص درجہ سے ترقی نہیں کرتا، اور اس کے سوا کہ اس کے اوپر کی انبوبہ کا اتساع ہوتا ہے، کوئی دوسرا ثانوی اثر پیدا نہیں کرتا۔ اس اتساع کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ غذا ضیق کے مقام سے اوپر اکثر مجتمع ہو جاتی ہے اور کچھ عرصہ کے بعد واپس نکل آتی ہے۔
تشخیص - مری بینی کے ذریعہ متعین کی جاتی ہے۔

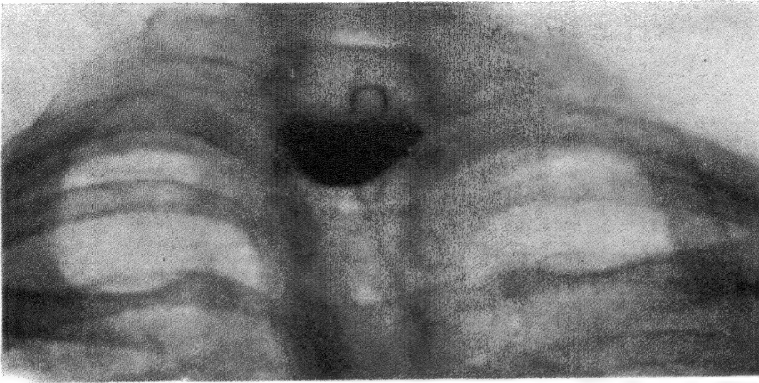
علاج میں کامیابی کا کافی موقع ہوتا ہے بشرطیکہ محسوس یا پائے کی نلی تضیق کی راہ سے معدے کے اندر داخل کی جاسکے۔ اُسے باقاعدگی کے ساتھ دن میں ایک یا دو بار استعمال کرنا چاہئے، اور رفتہ رفتہ زیادہ بڑے بڑے آلات گزارنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ ممکن ہے کہ مائع غذا کی ہمیشہ ضرورت پڑے۔ ناموافق اصابتوں میں تنویہ معدہ کا عملیہ مناسب ہوتا ہے۔

شنجی تضیق

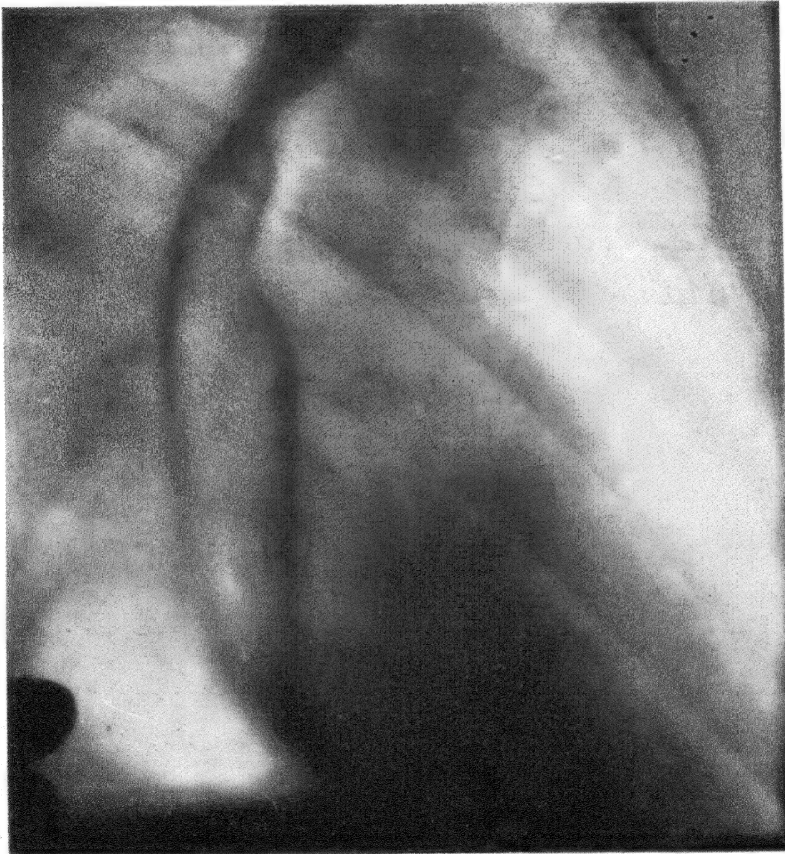
(spasmodic stricture)

درحقیقت یہ ایک بالکل عام حالت ہے، اگرچہ عموماً اس بات کا صحیح اندازہ نہیں کیا جاتا۔ نکلنے میں وقت ہوتی ہے، اور ساتھ ہی حلق اور سینہ میں ضیق کا ایک دردناک احساس (سوزش سینہ) ہوتا ہے۔ یہ شنج لاشعاعوں سے پہچانا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸۷ ب)۔ ممکن ہے کہ وہ سوء البضمی علاماتی مخلوط کی ایک خصوصیت ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 333) اور اس طرح سے بلی البوا کے ہمراہ پایا جائے۔ درد غالباً مری کے اتساع کی وجہ سے ہوتا ہے جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے جیسا کہ لاشعاعی ترکیب سے ظاہر ہے، شنج مطلق نہیں ہوتا بلکہ غیر شفاف کھانے کا کچھ حصہ تضیق کے پار نکل ہی جاتا ہے۔

علامہ پلومر وینسن (Plummer-Vinson syndrome) - یہ ایک فعلی



الف۔ مریوی عطفہ بیریم کھانے کے بعد۔ (شعاع نگاشت لنڈسے لاک نے لی ہے)



ب۔ سوزش سینہ میں ترچھے طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع نگاشت۔ مری ہوا سے متھو دھے اور بالائی اور زین

دونوں سروں پر شخ موجود ہے۔ (ڈیلیو۔ ڈیلیوہین: W. W. Payne اور ای۔ پی۔ پلٹن E. P. Poulton)

عسر البلع ہے، جو ایسے مریضوں میں ہوتا ہے جن کو ثانوی عدم دمویت اور بعض اوقات تفنیم الطحال کی شکایت ہوتی ہے۔ ناخن اکثر اوقات چبچ رہا ہوتے ہیں۔ یہ تقریباً خالصتہً عورتوں میں ہوتا ہے، اور اکثر مریض اپنے پورے دانت نکلا چکے ہوتے ہیں۔ زبان صاف اور سرخ اور بلعومی دیوار معلی ہوتی ہے۔ یہ حالت پہلے ہل پرٹرسن (Paterson) اور برون کیلی (Brown Kelly) نے ۱۹۱۹ء میں دریافت کی تھی (5)۔ تشدد بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ نگلنے سے متعلق بلعومی عضلات کی کمزوری کی وجہ سے ہو یا حلقی بلعومی عضلہ کے مرتخی نہ ہو سکنے کی وجہ سے ہو۔ علاج کا مقصد عدم دمویت کو اور شمعوات گذار کر عسر البلع کو شفا دینا ہے (6)۔

فواد کا عدم ارتخاؤ

(achalasia of the cardia)

(تشنج الفواد = cardio-spasm) (تشد دمری = oesophagectasia)

(مری کا خود مڑا تساع = idiopathic dilatation of the oesophagus)

دیوار مری کا زیرین ۲ یا ۳ انچ، جو اکثر امتحانات بعد المات میں مری حالت میں اور اوپر کی دیوار سے قدرے زیادہ موٹا نظر آتا ہے، فوادی عضلہ عامرہ ہے۔ زندگی کے دوران میں فواد اپنے طوی اور مدور ہر دو قسم کے عضلی ریشوں کے انقباض سے بند ہوتا ہے۔ ہر دوی حرکت کی موج کے آگے وہ ڈھیلا پڑ جاتا اور بالآخر پھیسر مضبوطی کے ساتھ منقبض ہو جاتا ہے، اور غالباً اس عمل کے دوران میں معدے کے اندر قدرے متعہد ہو جاتا ہے (7)۔ نگلنے کے بعد حرکت دہ دی مری کے بالائی سرے سے کینفدر آہستہ آگے بڑھتی ہے اگرچہ سپال غذا ایک دم نیچے چلی جاتی ہے۔ چنانچہ قبل اس کے کہ عضلہ عامرہ ڈھیلا ہو، سپال کا بیشتر حصہ چند تانیوں تک اس کے اوپر رکا رہتا ہے۔

امراضیات - فواد کے عدم ارتخاؤ (15، 16) یا تشنج الفواد کی حالت میں فواد بند رہتا ہے۔ لیکن جس مضبوطی کے ساتھ وہ بند رہتا ہے وہ مختلف اصابتوں اور مختلف اوقات پر مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ تجس ڈالنے میں وہ مطلق مزاحم ہو، یا ممکن ہے اس کی مزاحمت ایسی ہو کہ اس پر غلبہ نہ حاصل ہو سکے (8)۔ یہ پایا گیا ہے کہ آؤر باخ کا

ضغیرہ جو طوی اور مدد عضلوں کے درمیان واقع ہے، ملہتب ہو جاتا ہے اور زیادہ عرصہ کی اصابتوں میں تلف ہو جاتا ہے (۹)۔ ابتدائی درجوں میں مری کے متکول حصے سے اوپر عضلی طبقہ بیش پروردہ ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غذا کا میابی کے ساتھ فواد کے آراہ گزر جاتی ہے اور کوئی علامات ظاہر نہیں ہوتے۔ بعد میں اتساع مختلف درجہ کی بیش پرورش کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مری کے مخاطی طبقہ میں بھی کچھ مزمن التهاب موجود ہو۔

ضغیرہ اور باخ غالباً عصب تائیہ کے لئے ایک بدل چوکی ہے، اور بار بار کھنا چاہئے کہ خرگوش میں عصب تائیہ کی پہنچ کرنے سے فواد مرتخی ہو جاتا ہے۔ لہذا عدم ارتخا کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ مری کے زیریں سرے کا مثل تائیہ ہے جس سے عضلہ عاصہ حرکت دہری کی موجوں کے آگے بندرہتا ہے۔ چونکہ عصب مشاکی کے دہ ریشے جو عضلی ریشوں کو پہنچتے ہیں، غالباً صحیح و سالم رہ جاتے۔ اور غالباً عضلہ عاصہ کا انقباض پیدا کرتے ہیں، لہذا یہ تعجب خیز نہیں کہ عموماً ایک حقیقی فوادی شنج دیکھا جاتا ہے۔

فواد کا عدم ارتخا تشک کے سبب سے ہو سکتا ہے، اور مرطانی ضیق (mitral

stenosis) میں بھی ہوا ہے، جہاں قیاس ہوتا ہے کہ متع بایاں اذین عصب تائیہ کو دبا دیتا ہے۔ وہ معدی قرعہ اور مرطانی سلمہ کی حالت میں بھی واقع ہوا ہے۔ عموماً اس کا کوئی ظاہر اسبب نہیں پایا جاتا۔

علامات۔ بعض اوقات اس کے مریضوں میں برسوں تک یہ شکایت ہوا کرتی ہے کہ نگلنے کے بعد انھیں حلق میں غذا کے چپک جانے کا احساس ہوتا ہے، شرا سیف کے مقام پر حقیقی درد ہوتا ہے، غذا باز رہو جاتی ہے، یا ان کے بیان کے مطابق تہ ہوتی ہے۔ یہ حالت اکثر بتدریج پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ابتداءً شنجی ہو، اور وقتاً فوقتاً عود کر آتی ہو۔ بسمتہ (bismuth) کی غذا لینے کے بعد لاشعاعی امتحان کیا جائے تو ظاہر ہوتا ہے کہ مری متع ہو کر ایک مکملہ نما جسم بن گئی ہے، جس کا زیریں سرانستہ زیادہ چڑا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۹ اور ۲۰)۔ ممکن ہے کہ یہ اتساع مری میں سے بھی نظر آجائے۔ ہم تک اصابتوں میں مری کے عریض ترین حصے کا اندرونی محیط ۱۶.۱ سینٹی میٹر (۶.۴ انچ) ناپ تک پہنچ گیا ہے۔



ترپھے طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع شمشیت جن میں مری کے اتساعات اور فواد کا عدم اتسار بتایا گیا ہے۔ پینڈے کا تنگ حصہ فواد کے مدخل کے مقام پر ہے۔ فقری عمود کے سامنے کا سایہ دایاؤ ایاز ام۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک کے لئے یونے صفحہ سے)



صفحہ ۱۹ سے امتیاز کرنے کے لئے ایک طبی مری کی شعاع نکاشت لی گئی ہے۔ ایک سرخ تکشف منہ بھر بیریم کھانے کے دو تین سیکنڈ بعد کیا گیا اس وقت جبکہ ابھی فواد اتنا مرنے نہیں ہوا تھا کہ بیریم کو معدہ میں گر جانے دے۔ فواد کا دوہرا سایہ یعنی پینڈے پر بیریم کی تنگ دھاری اس لئے ہے کہ دوران تکشف میں فواد کا مقام بیریم عمود کے وزن سے بدل گیا تھا۔ (ڈبلیو۔ ڈبلیو مین اور ای۔ پی۔ پولٹن)

علاج - بعض اساتیس جہلک ثابت ہوئی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں مریضوں نے اس وقت کا ارتقاع مائع غذا سے، یا عسوس غذا کو نہایت احتیاط کے ساتھ چبانے سے کیا۔ اکثر پایا جاتا ہے کہ سیال اسوانہ جب مری کے طول کے برابر پہنچ جائے تو وہ سیال سکونی دباؤ کے زور سے عضلہ عامرہ کے آر پار اپنا راستہ نکال لیتا ہے جس سے اس کا لیول کیقدر گر جاتا ہے اور اس طرح کچھ غذا پہنچ جاتی ہے۔ بعض اصابتوں کا تدارک زیادہ مستعدی کے ساتھ اس طرح کیا گیا ہے کہ ایک پارے سے بھری ہوئی زبر کی نلی ہر گھانے سے پہلے معدے میں داخل کر دی گئی ہے، یا ایک انبوہ مری کو معدے میں داخل کر کے اور سارے وقت علی حالہ رکھ کر مریض کو چاروں تک غذا دی گئی ہے۔ غیر العلاج اصابتوں میں شکم کی راہ سے معدے کو کھول کر عضلہ عامرہ کا اتساع عمل میں لایا جاتا ہے۔

عطف

(diverticula)

مری کی دیواروں میں جیبیں (pouches) پائی جاتی ہیں۔ اور ان کی تقسیم (۱) فشاری عطفون (pressure diverticula) اور (۲) جبری عطفون (traction diverticula) میں کی جاتی ہے۔

۱۔ فشاری عطفے، اجسام غریبہ کے مغرور ہو جانے سے، یا دوسرے مقامی تضرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بظاہر عضلی طبقہ کمزور ہو جاتا ہے، اور مخاطی اور سخت المخاطی طبقات عضلی ریشوں کے درمیان سے باہر ابھر جاتے ہیں، چنانچہ عضلی ریشے عطفے کی پوشش میں حصہ نہیں لیتے۔ جب ایک بار ایسا ہو جائے تو اس تاجہ کے اندر غذا جمع ہو جاتی ہے، اور یہ پھیلی بتدریج بڑی ہو جاتی ہے یہاں تک کہ یہ ۳ یا ۴ انچ کے قطر تک پہنچ جاتی ہے۔ ۲۔ جبری عطفے، جو عموماً کوئی علامتیں نہیں پیدا کرتے، پاس کے حصوں سے مری کے چپک جانے کی وجہ سے نمودار ہو جاتے ہیں مثلاً متقیع یا تدرنی شعبی غد کی دسالت سے جس سے طبقات قیف ماصورت میں باہر کھینچ آتے ہیں۔ عطفون کی شکل عموماً نیم کروی ہوتی ہے۔ وہ پیچھے، بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر نہایت عام ہوتے ہیں، جب کہ وہ گردن کے دونوں طرف یا بعض اوقات

صرف بائیں طرف ہی بروز کرتے ہیں۔ اس کے بعد دوسری عام ترین جلد مری کے زیریں سرے کے قریب ہے (1) (صفحہ ۲۳ الف)۔

علامات یہ ہیں، عسر البلع، غذا کی بادروی جس کے ساتھ اکثر اچھو لگ جاتا ہے یا کھانسی ہوتی ہے، اور تاجہ کے اندر غذا کی تحلیل سے یانس میں بدبو آتا۔ غذا اتنی جمع ہو سکتی ہے کہ مری بالکل مسدود ہو جائے۔ عطفوں کی تشخیص بریم نکلنے کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ سے کی جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸ الف، اور ۲۳ الف) اور مری زمین سے بھی ہو سکتی ہے۔

علاج - غلیہ کر کے جیب کا امتیصال کر سکتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں منہ بھر کر پانی اندر لے کر اور ازاں بعد اس پانی کو بذریعہ بادروی باہر نکال کر جیب کو باقاعدگی کے ساتھ دھونا ممکن ہے۔

معدے کا امتحان

معدے کی وضع، مریض کی وضع کے ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ انتصابی وضع میں معدہ کا فوادی سر اعظمی صدر کے اندر واقع ہوتا ہے، اور اس کا جسم اور بواب شکم کے اندر ہوتا ہے۔ افقی وضع میں معدہ اور بھی پیچھے گر کر پسلیوں کے نیچے چلا جاتا ہے، اور شراہیف میں اس کا صرف بوابی حصہ رہتا ہے۔ معدے کے اندر ہمیشہ تسقید رہا موجود رہتی ہے اور اس کی شناخت کا ذریعہ وہ کامل قطبلی آواز ہے جو سامنے بائیں صدر کے زیریں حصے کا قزع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ رقبہ اوپر پیش قلبی اسمیت سے اور پیچھے طالی اسمیت اور ریوی گمک سے محدود ہوتا ہے۔ معدے کے قزع سے جو آواز حاصل ہوتی ہے اسے اس آواز سے تمیز نہیں کیا جاسکتا جو آنتوں کے اندر کی ہوا کے سبب سے ہوتی ہے، لہذا معدے کا خاکہ دریافت کرنے کے لئے یہ طریقہ کسی کام کا نہیں۔ معدہ کے متعلق حیرت انگیز امر یہ ہے کہ اس کی جسامت اور وضع میں بہت بڑے اختلافات واقع ہو سکتے ہیں کہ جن سے غذا کی تغیر پذیر مقداروں کے لحاظ سے گنجائش نکلتی ہے۔ دوسرے احشاء کی طرح معدے میں طولی اور مدور عضلی ریشوں کی

ایک نظام موجود ہوتا ہے، لیکن اس کے علاوہ اس میں ترچھے ریشوں کا ایک اندرونی نظام بھی ہوتا ہے جو مری کے مدور ریشوں سے نکل کر نیچے کے طرف معدے کے انحنائے صغیر کے برابر چلے جاتے ہیں اور اگلی اور پھیلی سطحوں پر ایک کپکپ کی طرح پھیل جاتے ہیں۔ یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ اس نظام کا تعلق انحنائے کبیر کے نیچے کے طرف ہونے والی اس حرکت سے ہے جو معدے کی پُری کے ساتھ ساتھ ہونے لگتی ہے۔

معدے کا لاشعاعوں سے امتحان

اس کی وساطت سے معدے کی شکل، جسامت، اور حرکت پذیری کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہوتی ہے۔ مریض کو دلیہ یا دودھ روئی کی غذا دی جاتی ہے، جس میں ہستہ کے ایک جامد مالچ کے ۲ اونس جو بہتر ہے کہ آکسی کلورائیڈ ہو یا بیرٹیم سلفیٹ کے ۴ اونس شامل ہوتے ہیں۔ پھر شعا میں استعمال کی جاتی ہیں، اور اس سبب سے جو کہ پردہ پر مشمولہ فزیکال مالچ کی وجہ سے گرتا ہے، معدے کی وضع اور جسامت ظاہر ہو جاتی ہے۔ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ معدہ ایک انتصابی حصے اور ایک افقی حصے پر مشتمل ہوتا ہے، جن کو انتحاب صغیر پر ایک نرا وقتی ٹکڑا جدا کرتا ہے۔ فتم فواد یہ کے لیول پر ایک نیالی، افقی خط، انتصابی حصے کو دو میں تقسیم کرتا ہے۔ اوپر کے حصے کو، جس میں عموماً ہوا موجود ہوتی ہے، قعر اور نیچے کے حصے کو جسم کہتے ہیں۔ افقی حصے بوابی دھلیز اور بوابی قنال پر مشتمل ہوتا ہے۔ اثنا عشری کا پہلا حصہ معدے کے فعل کے اثنا میں کیوس (chyme) کو وصول کرتا اور کچھ مدت تک باقی رکھتا ہے، چنانچہ لاشعاعوں کے تحت وہ بھی معدے کی طرح ایک سیاہ سایہ ظاہر کرتا ہے، جس کی شکل اکثر مثلثی ہوتی ہے اور جس کا قاعدہ بواب کی طرف ہوتا ہے۔ اس حصے کو اثنا عشری کا (duodenal cap) کہتے ہیں اور اس میں معدے میں غلج کی واقع کرنے والی، بواب کی شفاف لکیر ہے۔ اس شفاف لکیر کے وسط میں مقابلاً بوابی قنال دکھائی دیتی ہے، جو کیوس کی اس مقدار کے لحاظ سے جو اسے اندر سے گزر رہی ہو نسبتاً چوڑی یا تنگ نظر آتی ہے۔ عضلی انقباض کی دودی حرکت موجیں جو جسم معدہ سے بواب تک واقع ہوتی ہیں، اور ان کے ہمراہ وہ تغیرات بھی جو کہ جسم معدہ اور بوابی دھلیز کی شکل میں واقع ہوتے ہیں لاشعاعوں سے مشناخت ہو جاتے ہیں۔

انتصابی وضعوں میں طبعی معدے کی اوسط وضع ایسی ہوتی ہے کہ انحنائے کبیر حرقی عرفوں (یا ناف) سے بالکل نیچے ہوتا ہے اور انحنائے صغیر اس سے اوپر کوتاہم سندرستی کی حالت سے تجاوز ہوئے بغیر معدے کی وضع میں وسیع اختلافات ہو سکتے ہیں۔ معدہ لمبا ہو کر نیچے بہت دور تک پہنچ سکتا ہے، اور اسے بعض اوقات گرا ہوا معدہ (dropped stomach) کہتے ہیں جو عموماً زیر تنشی (hypotonic) بھی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱، نیز صفحہ 340 پر شکل ۴۸)۔ یا ممکن ہے کہ وہ حرقی عرفوں سے بالکل اوپر بڑا ہو اس صورت میں اسے بلیش تنشی (hypertonic) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۲)۔

افقی وضع میں جب کہ مریض بیٹھ کے بل لیٹا ہوا ہو، معدہ پیچھے گر کر ڈائفرام کے نیچے چلا جاتا ہے، اور اس طرح انتصابی وضع کے نسبت وہ اس وضع میں زیادہ بلند واقع ہوتا ہے۔ عمود الفقرات اکثر معدہ کو دو میں تقسیم کر دیتا ہے۔ یہ مشاہدہ میں آیا ہے کہ جذبہ کی وجہ سے، یا بیہوشی کے دورہ سے ذرا پہلے یا متلی پیدا کرنے والی (مثلاً ہینگ کی) بو کے بعد انتصابی وضع میں دیکھنے پر ممکن ہے معدہ کئی انچ گرا ہوا نظر آئے۔ اس کے برعکس جب موضوع کی بھوک تیز ہو جاتی ہے تو معدہ بیش تنشی ہونے کا رجحان رکھتا ہے (11)۔ معدے کی اوسط وضع ہر شخص کی جسمانی ساخت پر منحصر ہوتی ہے۔ جب جسم چوڑا اور چھوٹا ہو، یعنی جب سینہ کا گھیر جسمانی طول کے نسبت ۳ سنٹی میٹر زیادہ ہو تو معدے کی وضع اونچی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472) اور اس کے برعکس جب سینہ کا گھیر دھڑ کے طول کے نسبت ۲ سنٹی میٹر کم ہو تو معدے کی وضع نیچی ہوتی ہے۔ بلند معدہ کیساتھ عموماً مدی ریس کی بڑھی ہوئی ترشگی کا لازم پایا جاتا ہے (12)۔ ایک ہی خاندان کے افراد معدہ کے تختی کی مدت اور امتحانی غذائی منحنی کی قسم میں باہم مماثلت ظاہر کرتے ہیں۔

معدے کا کوئی لاشعاعی امتحان مکمل نہیں ہوتا، تا وقتیکہ معدے کے تختی کی شرح دریافت نہ کی جائے۔ غذا کھانے کے دو چار گھنٹے کے بعد مریض کا امتحان کیا جاتا ہے یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا اب بھی معدے میں کوئی سایہ باقی رہ گیا ہے۔ معمولی طور پر معدہ چار گھنٹوں میں خالی ہوتا ہے۔ چھوٹا بیش تنشی معدہ اکثر دو گھنٹوں میں خالی ہو جاتا ہے۔ اگر آٹھ گھنٹے کے بعد بھی معدے کے بیشتر افیہ موجود ملیں تو یہ بوابی ضیق (pyloric stenosis) کی دلالت ہے۔ دیکھا جائے گا کہ یہ اوقات اُن اوقات سے

کیقدر زیادہ ہیں جو کسری امتحانی غذائی طریقہ کے ذریعہ حاصل ہوتے ہیں۔

معدے کے مافیہ کا امتحان

قے کے امتحان سے اور دوران ہضم میں معدے کے اندر سے مصنوعی طور پر نکالے ہوئے مائعات کے امتحان سے ہم یہ جاننے کی کوشش کرتے ہیں کہ مرض کی مختلف اقسام میں اور خاص کر ہضم کے مزمن فسادات میں ترشوں، پیپسین (pepsine) یا معدے کی حرکی قوتوں کی قلت کیساحصہ لیتی ہے۔

قے۔ اگر مریض کو استفراغ ہو جائے تو مائع کی مقدار رنگ و بو، اور قوام کو نو کرنا چاہئے۔ حال ہی میں لی ہوئی چیزیں (مثلاً طیران پذیر روغن یا الکحل) بوس ترمیم کر دیتی ہیں۔ مائع بے رنگ، یا مختلف درجہ کے بھورے رنگ کا، یا صفر کے لون سے زرد یا سبز، یا خون سے گلابی یا سرخ رنگ کا ہو سکتا ہے۔ خون معدی رس کے تماس سے اکثر تبدیل ہو جاتا ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر سیاہ بھورا اور غیر شفاف ہو جاتا ہے، اور دُرد تھوکہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ قوام میں قے پانی جیسی، یا مخاط کی وجہ سے کم و بیش لچ ہوئی ہے یا وہ کف دار ہوتی ہے۔ نیم ہضم شدہ، یا ناہضم شدہ غذا کی موجودگی کو دیکھنا چاہئے۔

خرد بین سے دیکھنے پر حیوانی اور نباتی بافتیں شناخت ہو سکتی ہیں، جیسے کہ عضل ریشے، سیلو لوس، نشاستہ کے ذرات، روغن کے قطرے، خون کے سرخ جسامت، سپیدیے اور کثیر السداد خرد عضویے، بالخصوص ٹاڈولی (torulæ) اور نبقات حرمیدہ (sarcinæ) اور بعض اوقات عصیہ آپریوآس (Oppler Boas bacilli)۔ کیمیائی امتحان کے لئے تھوہ سیال کو باریک ٹمل میں سے چھانا جائے اور ان کاشفات کے ذریعہ سے جوابی بیان کئے جائیں گے چھنے ہوئے حصہ کا امتحان کیا جائے۔

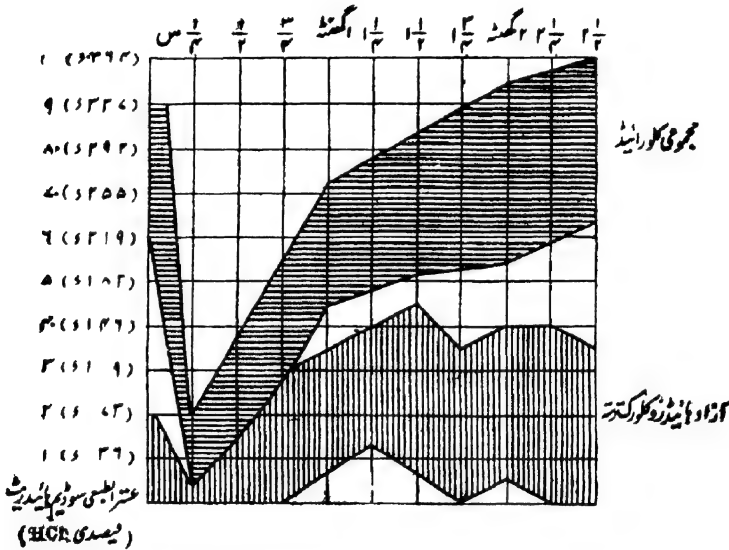
امتحانی غذا۔ معدے کے افعال ایک امتحانی غذا دینے سے اس سے زیادہ صحیح طور پر معلوم کئے جاسکتے ہیں کہ جتنے قے کا امتحان کرتے ہیں۔ اس کے دو طریقے متعارف ہیں:-

(۱) آیوالٹ کا امتحانی ناشتہ۔ پہلے معدے کو دھو ڈالتے ہیں، یا غذا جو ۲ یا ۱/۲ اونس روٹی یا ٹوسٹ (toast) اور ۲۰ اونس ہلکی چائے پر مشتمل ہوتی ہے صبح کے وقت خالی پیٹ

دیجاتی ہے۔ ایک گھنٹہ کے وقفہ کے بعد معدے کے مافیہ کو نکال کر ان کی تقطیر کر لی جاتی ہے۔ مقطر شدہ حصہ کے دو نمونے لئے جاتے ہیں اور انھیں بذریعہ بخیر خشک کر کے اور سوڈیم کاربونیٹ ملا کر اور بغیر ملائے ان کی ترمید کی جاتی ہے۔ اس سے مجموعی کلورین کا اور اس کلورین کا جو فلزی کلورائیڈ کے طور پر مخرج ہے، ارتکاز حاصل ہو جاتا ہے۔ پھر AgNO_3 (سلورنائٹریٹ) استعمال کر کے وول ہارڈی معایتیں (Volhard titrations) عمل میں لائی جاتی ہیں۔ مجموعی کلورین اور فلزی کلورین کے درمیان جو فرق پایا جاتا ہے اس سے ”فاعلی ہائیڈروکلورک ایسڈ“ کی مقدار معلوم ہو جاتی ہے، یعنی اس ہائیڈروکلورک ایسڈ کی جو آزاد ہے اور اس ہائیڈروکلورک ایسڈ کی جو پروٹین کے ساتھ مخرج ہے۔

(۲) کسری امتحانی غذا (Fractional test meal)۔ صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے ایک چھوٹے سوراخ والی ربر کی ٹی جس کے سرے میں چھید ہوں، معدے کے اندر داخل کی جاتی ہے، اور ایک پچکاری کے ذریعہ سے معدے کے مافیہ (”کونیٹا“ = ”resting juice“) نکال لئے جاتے ہیں۔ پھر حسب ذیل غذائی جاتی ہے :- ناشتہ کی جے کا آناؤٹیل اسپون (یعنی بقدر اونس) ایک کوارٹ (پلم گیالن) پانی کے ساتھ یہاں تک اٹالا ہو کہ اس کا حجم ایک پنٹ رہ گیا ہو اور پھر اسے ٹمل میں سے چھان لیا گیا ہو۔ ہر پانچ گھنٹہ کے بعد معدی مافیہ کے تقریباً دس دس سی۔ سی کے نمونے باہر نکال لئے جاتے ہیں، یہاں تک کہ معدہ خالی ہو جائے۔ مخاط، صفراء، خون، نشاستہ اور ڈیکسٹروز کی موجودگی نوٹ کی جاتی ہے۔ عشر الطبعی سوڈیم ہائیڈریٹ کے ذریعہ ان نمونوں کی معاشرت اس طرح کی جاتی ہے کہ اس کے لئے ڈائی میتھیل (dimethyl) کو بطور نمائندہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ معاشرت جاری رکھی جاتی ہے یہاں تک کہ اس نمونہ کو فیнал تھالین بھی قلمی ظاہر کرے پہلی معاشرت سے آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ (free HCl) معلوم ہوتا ہے۔ اور قلمی کی وہ مقدار جو فیнал تھالین کو متغیر کرنے کے لئے درکار ہوتی ہے، ”مجموعی ترشگی“ (total acidity) ظاہر کرتی ہے۔ مجموعی ترشگی اور آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ کے درمیان جو فرق حاصل ہوتا ہے وہ خاصہ مستمر ہوتا ہے۔ اگر دوسرے ترشے جیسے کہ لیکٹک ایسڈ موجود ہوں تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ ہو جائے۔ مجموعی کلورین کی تعین یوں کی جاتی ہے :- ۵۔ ۵ یا ایک سی۔ سی مافیہ میں عشر الطبعی سلورنائٹریٹ

(0.1N AgNO_3) اور ایک سی سی مترکز نائٹریک ایسڈ (conc. HNO_3) ملا دیں۔ اس آمیزہ کو گرم کریں تاکہ اگر پروٹین موجود ہو تو وہ مرقب ہو جائے۔ اب ایک سی سی الکحل آمیز کریں۔ الکحلی عشر الطبعی پوٹاشیم سلفوسائینٹ (0.1N KSCN) کے ذریعہ زائد سلوڈ نائٹریٹ کی معائرت کریں اور اس کے لئے آئرن الیم (iron alum) کا ایک قطرہ نمایندہ کے طور پر استعمال کریں۔ (یہ ایک ترمیم شدہ وول ہارڈی معائرت ہے)۔



شکل ۴۴۔ چھائیں دار رتیہ ۸۰ فی صدی طبعی طلبا میں آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ (HCl) اور مجموعی کلورین (Cl) کی حدود کا نشان ظاہر کرتے ہیں (14)۔
س۔ ”سکونی رس“

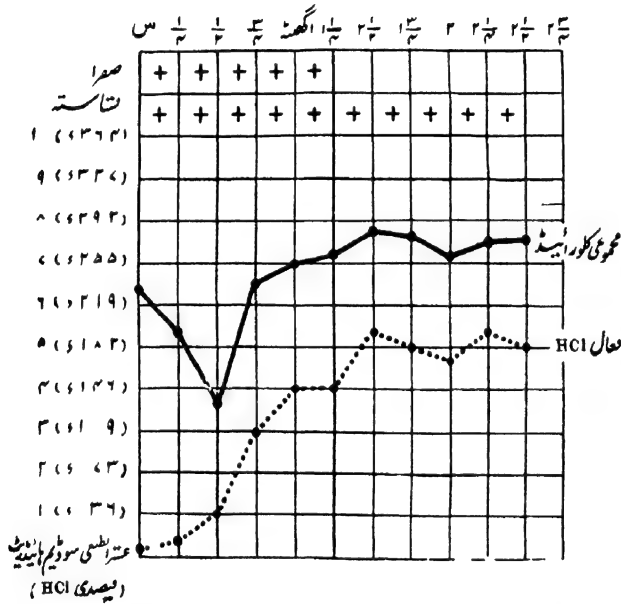
کوئی کھانا دئے بغیر، ہل گرام ہستامین (histamine) کا شراب کرنا، اور اس کے بعد معدی مافیہا کا امتحان کرنا، حال ہی میں رائج ہوا ہے۔ ایک الکحلی امتحانی غذا (۵۰ سی سی ۷۰ فی صدی الکحل کے) بھی استعمال کی جاتی ہے۔ الکحل میں ایک سی سی فینال تھالین ملائی جاسکتی ہے تاکہ سختی کی مدت ناپی جائے۔
آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین دونوں کھانے کے شروع ہی سے

بڑھنے لگتے ہیں، لیکن ازاں بعد ہائڈروکلورک ایسڈ تو کم ہو کر گزنا شروع ہوتا ہے اور مجموعی کلورین برابر برہستی رہتی ہے یہاں تک کہ یہ ایک انتہائی نقطہ پر پہنچنے کا رجحان رکھتی ہو (18)۔ معدی رس کی ترشگی پر اثر ڈالنے والے دوسرے علامات یہ ہیں۔ لعاب ہن کی مقدار، اثناعشری کے مافیہ کی بازروی اور معدی رس میں مخاط کی مقدار (یہ اس کی تبدیل کر دیں گے)۔ اور وہ سرعت کہ جس کے ساتھ معدہ خالی ہوتا ہے (یہ اسے بڑھا دیں گے)۔ جب آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ موجود نہ ہو تو اس حالت کو بے ترشگی (achlorhydria) کہتے ہیں، لیکن اس سے یہ مطلب کہ کوئی "فاصلی ہائڈروکلورک ایسڈ" موجود ہی نہیں، یعنی معدے نے HCl کا کوئی افزا بالکل پیدا ہی نہیں کیا، ہرگز نہیں ہو سکتا اور اس لحاظ سے یہ اصطلاح کیسے قدر مغالطہ پیدا کرنے والی ہے۔ فاصلی ہائڈروکلورک ایسڈ دراصل مجموعی ترشگی کی قیمت کے ساتھ کیسے قدر قریبی طور پر متناظر ہوتا ہے (13)۔ شکل ۴۴ میں ۱۰۰ فی صدی طبی طلباء میں آزاد HCl اور مجموعی کلورائڈ سایہ دار رقبوں کے اندر واقع تھے۔ عموماً مجموعی ترشگی آزاد HCl کے نسبت تقریباً ۱۰ فی صدی زائد ہوتی ہے۔

نفی اثرات HCl کے معنی کو بہت کچھ بدل سکتے ہیں۔ مثلاً جب ایک طالب علم کو تنویم کے تحت متلی کا احساس پیدا کر دیا گیا تو اس احساس سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ہو گئی، اسی طرح بھوک کے احساس سے معدہ بہ سرعت خالی ہو گیا جو بلاشبہ تحریکی فاعلیت بڑھ جانے کی وجہ سے واقع ہوا۔ یہ ان لاشعاعی مشاہدات سے جو اوپر بیان کئے گئے تھے مطابقت رکھتا ہے۔ شدید عضلی ورزش اور گرم غسل HCl کا افزا کم کرنے والے اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر کرنے والے پائے گئے ہیں۔ ہلکی ورزش جو محبوب دوستوں کی محبت میں کی جائے اس کے برعکس اثر پیدا کرتی ہے (20)۔ سب سے زیادہ طاقتور معدی رس جو ترشہ اور پیمین ہر دو لحاظ سے طاقتور ہو، اسے تہا کے بعد اور گوشت کھلانے کے بعد منفرد ہوتا ہے (18)۔ شہم کھلانے سے افزا اور تحریک دونوں کا امتناع ہو جاتا ہے، بالخصوص اگر شہم ناسیر شدہ ہو (19)۔ جسم معدہ کے قرعہ کے ہمراہ کوئی عینز منخنی نہیں پایا جاتا۔ لیکن اثناعشری اور بوابی قرعہ کی حالت میں (شکل ۴۵) اکثر معدے میں نہایت ترشگی سکونی رس ہوتا ہے، اور آزاد HCl میں جو کئی غذا کے ساتھ ترقیق ہونے کی وجہ سے ہو جاتی ہے اس کے بعد

کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔

گوا یا کم کے ذریعہ امتحان (Guaiacum test) - براز کو گلیشیل آیبیلک ایسڈ اور پانی کی مساوی مقدار میں ملا کر ایتھر کے ساتھ بلایا جائے۔ ایک امتحانی ٹلی کے اندر اس ایتھری خلاصہ میں ٹیچر آف گوا یا کم کے ایک یا دو قطرے اور پھر اوزونک الکحل (ozonic alcohol) (یعنی الکحل کے اندر ہائیڈروجن پراکسائیڈ) کے ۲ سی سی آمیز کر دئے جائیں

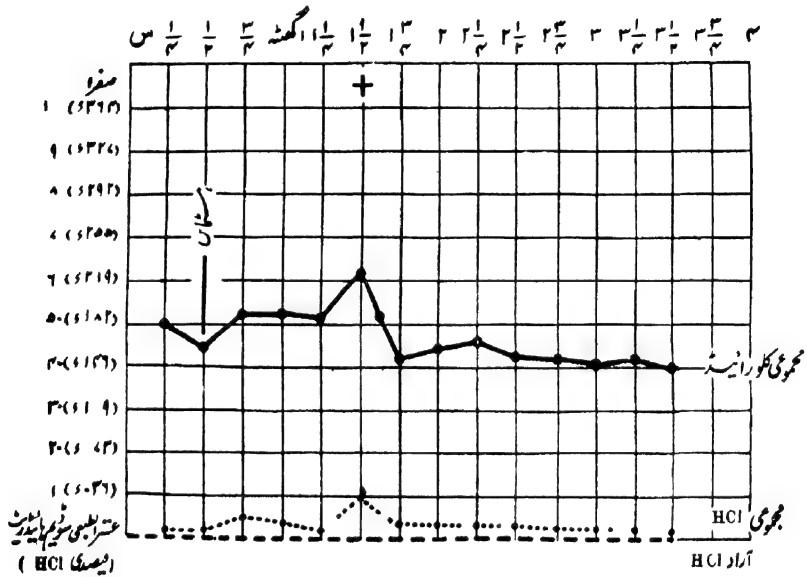


شکل ۴۶ - مزمن بوابی ترقہ کے باعث بوابی تسد کی حالت، جو معدے میں غذا کا رکود (stasis) ظاہر کرتی ہے، نیز یہ کہ ہائیڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین کے منفی بڑھ کر ایک مستمر لیول تک پہنچ گئے ہیں (13)۔

جس سے ایک شوخ نیلارنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ منفی نزف کا ثبوت اُسی وقت سمجھا جاسکتا ہے جب کہ مریض نے کم از کم اڑتالیس گھنٹے پیشتر سے کلورو فل (سبزی) اور خون شامل رکھنے والی غذاؤں، یعنی گوشت اور سبز ترکاریوں سے پرہیز کیا ہو۔

332

تصدیق کا شف کے طور پر یہ بھی مناسب ہے کہ اتھیری خلاصہ کا امتحان ایک طیف نما کے ذریعہ آئسڈ ہیماتین (acid hæmatin) کی موجودگی کے لئے کیا جائے۔ ازاں بعد اتھیری خلاصہ ۳۰ فی صدی HCl کے ساتھ ملا لیا جاتا ہے اور آبی خلاصہ کا طیف نمائی امتحان آئسڈ ہیماتوپورفائیرین (acid hæmatoporphyrin) کے لئے کیا جاتا ہے۔ اس شے کی موجودگی کے یہ معنی ہیں کہ خون جسم کے اندر متغیر ہو گیا ہے اور



شکل ۷۴۔ متلف عدم دمویت (pernicious anemia) کی حالت جو آزاد HCl کی غیر موجودگی، ترشگی کی کمی (اور غالباً باطنی HCl کی کمی) اور مجموعی کلورین کی کمی ظاہر کرتی ہے (31)۔

یہ کہ وہ غذائی قتال میں بہت اوپر سے، یعنی معدے، چھوٹی آنت، یا قولون کے بالائی حصے سے آیا ہے (Ryffel)۔

خوب پیرومیل لابین (flexible gastroscope) تشخیص کے لئے حال ہی میں رائج ہوئی ہے (93)۔

سوء ہضم اور فعلی اختلالات

(DYSPEPSIA AND FUNCTIONAL DISORDERS)

سوء ہضم کی اصطلاح کا مفہوم یہ ہے کہ بالائی غذائی خطہ کے اُن افعال میں خلل واقع ہو گیا ہے جن کا طبی تعلق نگلی ہوئی غذا کی تیاری سے اور غذا کے چھوٹی آنت میں بغرض انجذاب منتقل ہونے سے ہے۔ یہ فعلی اختلالات مختلف علامات پیدا کر دیتے ہیں جن میں غذا سے پہلے یا بعد درد یا تکلیف کا ہونا سب سے زیادہ نمایاں ہے اور چونکہ یہ علامات اور ان کو پیدا کرنے والے فعلی اختلالات ہمیشہ لازم ملزوم ہوتے ہیں، مثلاً ہزال، سٹخام کے معدی بحرانات کے ساتھ معدے کی غیر معمولی حرکت ضرور پائی جاتی ہے، لہذا سوء ہضم کی اصطلاح کا استعمال محض ان علامات کو بیان کرنے کیلئے بھی کیا جاسکتا ہے۔ بلاشبہ معدہ ہی وہ عضو ہے جو نہایت عام طور پر ماؤف ہوتا ہے، لیکن جیسا کہ بعد میں بتلایا جائے گا، اس سلسلہ علامات کے پیدا کرنے میں مری اور اثنا عشری بھی حصہ لے سکتے ہیں۔ ”بد مضمی“ (”indigestion“) کی اصطلاح اکثر اس سے زیادہ وسیع معنوں میں استعمال کی جاتی ہے، یعنی سوء ہضم یا مجموعی آنت میں قلت جذب ظاہر کرنے کے لئے، یا ان دونوں کے اجتماع کو ظاہر کرنے کے لئے، جس سے ”غیر ہضم شدہ براز“ (”undigested stools“) کی اصطلاح نکلی ہے۔ معدے کے دوسرے فعلی اختلال جن پر اس باب میں بحث کی گئی ہے، اگرچہ بعض اوقات سوء ہضم کے ساتھ بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن وہ اکثر بالکل الگ واقع ہوتے ہیں۔

سوء ہضم حاد

(acute dyspepsia)

حاد سوء ہضم ناکافی طور پر چسبائی ہوئی غذا، یا خاص طور پر خراش اور نوعیت کی غذا یا حد سے زائد مقدار میں غذا کے لینے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ کامل صحت کی حالت میں ہر شخص یہ غلطی کر سکتا ہے کہ وہ غذا کی اس سے زیادہ مقدار کھالے کہ جتنی

اُس کا معدہ برواشت کر سکتا ہو۔ یا غذا کی معمولی مقدار کے ساتھ کوئی ایسی چیز جیسی کہ برف یا قہوہ یا الکھلی مشروب زیادہ مقدار میں (کھالے کہ ہضم کے عمل میں سستی پیدا کر دے) اور فعل شدہ سب مقدار چند گھنٹوں تک معدے ہی میں پڑی رہے۔ یا غیر متوقع طور پر ہضم نہ ہو سکا ممکن ہے کہ اسبق عام خستگی کی وجہ سے ہو جس نے معدہ کو بھی متاثر کر دیا ہو۔ مثلاً بلا نا شتہ کئے کئی گھنٹہ تک چلنے یا بلندی پر چڑھنے کی شدید ورزش کے بعد ممکن ہے کہ معدہ ایک معتدل غذا بالکل ہضم نہ کر سکے۔

علامات - غذا لینے کے فوراً بعد یا چند ہی گھنٹوں کے بعد معدی خطے میں تمدد اور بے آرامی کا احساس ہونے لگتا ہے یا حقیقی درد ہوتا ہے۔ اگر وہ کھانا کہ جس سے شکایت پیدا ہوئی ہے رات کے وقت بہت دیر کر کے لیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ تھوڑی بے آرامی کے بعد مریض کو نیند آجائے، لیکن چند گھنٹوں کے بعد وہ معدے کی تکلیف سے جاگ اٹھتا ہے، اُس کی زبان خشک ہوتی ہے اور شاید اُس کے سر میں درد ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ کئی گھنٹوں تک جاگتا ہوا پڑا رہے۔ بعض اوقات قلب کے متراد انکماشات کی وجہ سے ہمیشہ قلبی خطے میں ایک تیز بھڑبھڑاہٹ محسوس ہوتی ہے، یا منہ و متراد انکماشات نسبتاً طویل تر وقفوں سے محسوس ہوتے ہیں۔ صبح کے وقت غنا کی غبت نہیں ہوتی، زبان خشک اور فرداز اور جلد چپچی ہوتی ہے۔ لیکن چند گھنٹوں کے عرصہ میں یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قے ہو کر شکایت نسبتاً جلد جاتی رہتی ہے، اور عموماً معدہ اپنے سارے مافیہ سے خالی ہو جاتا ہے، جو اگر ہضم ہوئے بھی تو نامکمل طور پر ہوتے ہیں اور اُن میں معدی مخاط ملی ہوئی ہوتی ہے۔ اِس سے دردیں کثیر فی الفور تخفیف ہو جاتی ہے۔ دوسرے موقعوں پر قے مکرر ہوتی ہے، اور صفراء جو اشنا عسر سے معدے کے اندر بذریعہ بازروی آگیا ہے، بعد کی قیوں کے ساتھ نکل جاتا ہے۔ بعض اوقات بعد کے بارہ گھنٹوں کے عرصہ میں آنتوں کے اندر غیر ہضم شدہ یا خراش آور مادہ آجانے کی وجہ سے اُن کا فعل تیزی کے ساتھ ہو کر جاتیں ہو جاتی ہیں۔

علاج - جہاں درد شدید ہو اور اُس کا سبب ظاہر ہو، ایک قے آور دوا مثلاً سال وولیاٹیل (sal volatile) یا عرق الذهب (ipecacuanah) سے فوری آرام حاصل ہو سکتا ہے۔ اگر وہ اپنے عمل میں قاصر رہے تو معدے کے مافیہ ایک نلی کے ذریعہ

خارج کئے جاسکتے ہیں۔ نسبتہً خفیف تر اصابوں میں اسقدر کافی ہوتا ہے کہ نہایت حقوڑا سا برف پیاس بجھانے کے لئے دے دیں، اور معدے میں اور کوئی چیز صرف اس وقت داخل کریں جب کہ یہ تکلیف وہ علامات رفع ہو جائیں۔

مزمن سورہضم

(chronic dyspepsia)

اوپر جو بحث کی گئی ہے وہ یہ ظاہر کرنے کے لئے کافی ہے کہ مزمن سورہضم کوئی مرض نہیں بلکہ ایک سلسلہ علامات ہے، جو بالائی غذا کی خفے کے فصل کے اختلال سے پیدا ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ اس سلسلہ پر غور کرتے وقت دو سوالات کو الگ الگ رکھنا چاہئے۔ (۱) وہ کونسا عضو ہے جس کے افعال کا اختلال سورہضم کا باعث ہوتا ہے، اور کس طرح یہ اختلال علامات پیدا کر دیتا ہے؟ (۲) وہ کونسا ضرر ہے جو کہ اختلال پیدا کرتا ہے؟

موجودہ زمانہ میں یہ دریافت کرنا کہ علامات کس عضو میں پیدا ہو رہی ہیں ایک نسبتہً آسان امر ہے۔ درو کی علامت کے متعلق نہایت کامل طور پر تحقیقات ہو چکی ہے (۷)۔ جب وہ شرایف میں خوب اوپر قفس خنجر کی قریب یا عظم القفس کے پیچھے محسوس ہو تو وہ مری سے پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸۱۸ اور صفحہ ۳۲۵)۔ تحت القفسی مریوی درد کی تفریق درو قلب سے اس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض سے نکلنے کی حرکت کرائی جائے۔ پیدا شدہ حرکت دودی کی موج جو اچھی فی سیکنڈ کی شرح پر مری میں نیچے کے طرف پھیلیتی ہے مریوی درد میں ایک لمحہ کے لئے تخفیف پیدا کر دیتی ہے لیکن اگر یہ درد بہت خفیف ہے تو ممکن ہے کہ یہ موج اس میں شدت پیدا کر دے۔ نکلنے کا فعل درو قلب میں کوئی فرق نہیں پیدا کرتا، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ درو کی دونوں قسوں میں بہت عام طور پر لازم ملزوم ہوتی ہیں۔ معدہ کا درد شرایف پر محسوس ہوتا ہے، اور یہ غالباً مری کے درد کے نسبتہً ذرا نیچے اور بعض اوقات بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر بائیں اور نہایت عام طور پر ناف کے گرد اگر ہوتا ہے۔ اثنا عشری کا درد

تقریباً اسی لیول پر لیکن خط درمیانی سے ذرا دائیں طرف کو محسوس ہوتا ہے۔ معاً ہضم (jejunum) کا درد غالباً ناف سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔

حشائی درد (visceral pain) تجربہ شدہ اس طرح پیدا کیا جاسکتا ہے کہ ایک حشاء کے اندر رکھی ہوئی ہوا کی تھیلی میں بھوک کر ہوا بھر دی جائے۔ یہ درد حشائی دیوار میں کی الہی عصبی منتہاؤں کے کھینچاؤ کی وجہ سے ہوتا ہے (21، 22)۔ مری ایک ایسا عضو ہے جس کی تحقیقات نہایت کامل طور پر کی گئی ہے۔ مری کے اندر مذکورہ بالا جسم غریب کی موجودگی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دودی حرکت موجوں کا ایک سلسلہ اس کے نیچے تک گزر جاتا ہے۔ ہر بار جب کہ ایک موج تھیلی پر پہنچ کر اسے پچکا دیتی ہے، درد کم یا غائب ہو جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عضلہ منقبض ہو کر تھیلی کے قطر کو کم کر دیتا اور عصبی ساختوں پر پڑے ہوئے بار کو دور کر دیتا ہے، قطع نظر اس کے کہ اس انقباض سے ایک بلند ”انگماش“ دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ موج کے گزر جانے کے ساتھ ہی درد پھر ہونے لگتا ہے، کیونکہ دوران ”انساط“ (”diastole“) میں دیوار پھرتی کر کھینچ جاتی ہے۔ ایسی صورت میں درد غیر مسلسل یا ”مڑوڑ“ کا سا ہوتا ہے۔ ایک سادہ عضلہ کے تناؤ کی تعریف یہ کی گئی ہے کہ یہ اس کا وہ تناؤ ہے جو کہ دوران انساط میں ہوتا ہے اور وہ درد جو تجربہ شدہ پیدا کیا جاتا ہے اس تناؤ کے بڑھ جانے کے ساتھ وابستہ ہے۔ اگر ایک نہ پچکنے والی آبی تھیلی استعمال کی جائے تو درد مسلسل اور نہایت شدید ہو جاتا ہے کیونکہ حرکت دودی کی موج اپنے ممر میں رک جاتی ہے۔ یہ درد ایک حد تک تو مسلسل کھینچاؤ کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس منطقہ کے اندر کی عصبی ساختوں پر بار کی وجہ سے بھی ہوتا ہے، جو کہ تھیلی سے اوپر انگماش طور پر منقبض عضلہ کے، اور اس سے نیچے کے اس عضلہ کے درمیان ہے جو کہ ہم ابعادی طور پر منقبض اور اسی لئے اب تک تھیلی سے تنا ہوا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ درد ہر حرکت دودی کے ساتھ بد سے بدتر ہو جاتا ہے۔ یہ تجربہ اس درد ناک شہج کا قایم مقام ہے جو قنات کے اندر نگہائے صفراء یا سنگ گڑ کی موجودگی کے ساتھ وابستہ ہے۔ کھوکھلے اعضاء میں بڑا ہو جانے کی، یعنی (شیرنگلٹن کی اصطلاح میں) اپنی ”وضع“ یا ”گینٹا“ (”posture“) بدلنے کی بڑی طاقت ہوتی ہے اور اگر کوئی جسم غریب ایسا ہو کہ وہ ابتداءً علامات پیدا کر دے تو اس کا یہ علامات

پیدا کرنا اس وقت موقوف ہو جاتا ہے جب کہ عضو اپنے ریشوں کی تطویل یا جدید ترتیب کے ذریعہ اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ وہ بدوں کہنے ہوئے اس جسم غریب کو اپنے اندر گرفت کر سکے۔ لیکن یہ عمل صرف کس قدر تدریجاً ہی واقع ہو سکتا ہے۔ ایسا سطلے کسی ریشے کی وضعی تطویل میں اور اس کے اس کھینچاؤ میں فرق کرنا چاہئے جو کہ درد پیدا کرتا ہے۔ خراش مقابل کا طریق عمل بالخصوص یہ ہے کہ وہ کینڈے کی زیادتی معکوس طور پر پیدا کرتی ہے۔

دوبنے یا خلو کا احساس معدے میں پیدا ہوتا ہے۔ سینہ میں گرہ یا ہوا کے گولے کا احساس مری میں پیدا ہوتا ہے۔ اور تھلی کا احساس جو علق کی پشت اور اس کے زیریں حصے میں محسوس ہوتا ہے، مری کے بالائی حصے کے معکوس اختلالات کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ یہ احساسات نوعی منتہائی اعضا کی وجہ سے ہوتے ہیں جو اس سے پشت تردد وجہ کے تناؤ کا ردِ عمل ظاہر کرتے ہیں جسے درجہ کا المی عصبی منتہائیں ظاہر کرتی ہیں۔ لیکن جیسے جیسے تناؤ بڑھتا جاتا ہے ان احساسات پر درد کا احساس غالب آ جاتا اور ان کی جگہ لے لیتا ہے، جیسا کہ جسم میں دوسری جگہ بھی واقع ہوا کرتا ہے۔ پری کا احساں دیوار شکم کی توسیع کے باعث ہو سکتا ہے۔

334

پانی کی ایک چھوٹی تھیلی کے ذریعہ سے عمل میں لائے ہوئے مشاہدات سے جو کہ مریضوں پر دورانِ احساسِ درد میں کئے گئے، ایک سلسلہ انقباضات کی موجودگی ظاہر ہوئی۔ یہ انقباضات مری، معدے، اثنا عشری یا صائم میں دیکھے گئے۔ مزید برآں شش کے اندر کا انبساطی دباؤ بھی بڑھا ہوا تھا اگرچہ اس زیادتی کی مقدار مختلف مریضوں میں مختلف تھی۔ انقباضات کا رجحان درد کو کم کر دینے کا تھا، اور یہ درد ایک مریض میں بعد کے عضلی ارتخا کے دوران میں محسوس ہوا جب کہ شش کے بڑھے ہوئے انبساطی دباؤ کی وجہ سے آلی منتہاؤں کا کھینچاؤ واقع ہو گیا۔ گویا مصنوعی طور پر پیدا کئے ہوئے درد اور قدرتی طور پر پیدا ہونے والے درد کے درمیان بہت بڑی مشابہت پائی گئی۔ مزید برآں مختلف احشاء کے درمیان نہایت قریبی تعلق مشاہدے میں آیا۔ معدے کو ہوا سے پھلانے سے مری میں بھی اوپر سے نیچے کے رخ دو دو حرکت موجیں پیدا ہو گئیں (معدی مریوی متد باز روی معکوسہ)۔ ایک مریض میں جسے آلام الجوع تھے، معدے کے

انقباضات کے تقریباً ایک ثانیہ کے بعد اثنا عشری میں بھی ویسی ہی موجیں پیدا ہوئیں۔ سورہنم کا درد دیوار کی عصبی المی منہاؤں کے کھنچاؤ کے باعث ہوتا ہے، جسکی تطبیق دوسرے مشاہدات سے ہوتی ہے کہ سورہنم اکثر معدے کو خالی کرنے کی ناکام کوششوں کا نتیجہ ہوتا ہے (24)۔ یہ بالکل ممکن ہے کہ بعض حالتوں میں تھان کے باعث عضلہ غیر معمولی طور پر تمدد پذیر ہو جائے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ المی منہاؤں کا کھنچاؤ نسبتاً پست تر انبساطی دباؤ کے تحت واقع ہو جائے۔ لیکن جہاں دباؤ زیادہ ہو وہاں عضلاتِ عاصرہ کی ہنزاں مسدودی بھی واقع ہونی چاہئے، ورنہ مافیہ خارج ہو جائیں گے، اور یہ بہت ممکن ہے کہ سورہنم کے علامیہ کا اولیٰ انحصار ذیل کی دو علامات میں سے ایک پر ہو۔ عضلی دیوار کی غیر معمولی تمدد پذیری۔ یا عضلاتِ عاصرہ کی مسدودی یا شاید ان کا عدم ارتخا، ممکن ہے کہ عضلاتِ عاصرہ کے علاوہ دوسرے مقامات، مثلاً مری یا اثنا عشری میں یا معدے کے انحنائے کبیر پر محدود المقام انقباضات (شنجات) پیدا ہو جائیں۔ معدے میں کا درد عموماً دو قسم کا ہوتا ہے۔ وہ غذا کے تھوڑی دیر بعد ہو سکتا ہے، یا چند گھنٹوں کے بعد اس وقت ہوتا ہے جب کہ معدہ غذا سے خالی ہوا ہے، یعنی نام نہاد الراجوع۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ان قسموں کے درد کیسے بخود دو اہم علامات پائے جاتے ہیں، جو دونوں کے دونوں دیوار کا کھنچاؤ پیدا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ وہ یہ ہیں :- (۱) بلع الہوا جو بالکل بلا ارادہ ہو سکتا ہے، اور (۲) معدی غشائے مخاطی سے دیر تک افراز ہونا۔ فی الحقیقت یہ علامات تفویضی سمجھے گئے ہیں، کیونکہ بلع الہوا دباؤ کو زیادہ کر دیتا اور اس طرح معدے کے خالی ہونے میں تمدد ہوتا ہے اور افراز کا دیر تک ہوتے رہنا کسی مضرت رساں شے کے لئے ایک مقلق (diluent) کی طرح عمل کرتا ہے، اسی طرح جس طرح دہن میں ہونے والی خراش ریتی افراز بکثرت پیدا کر دیتی ہے (24)۔

اب تک ہم نے ہائڈروکلورک ایسڈ کے متعلق کوئی غور نہیں کیا کہ آیا یہ بھی درد کے پیدا کرنے میں کوئی حصہ لے سکتا ہے یا نہیں۔ ۵۔۵ فی صدی HCl کے ۲۰۰ سی سی معدی نلی کے ذریعہ دینے پر معدی قرص کی محبیت ۳۵ مریضوں میں درد کی صورت میں اور ۲۴ مریضوں میں بلا درد کے ہوئی۔ اثنا عشری قرص کے لئے ایسے اعداد ۴۱ اور

۶۴ تھے۔ مزید برآں ان امابتوں میں بھی درد ہوا کہ جن میں ضررِ معدہ سے بہت دور تھا (17)، لیکن ان امابتوں میں التهابِ المعدہ کو خارج از بحث نہیں کیا جاسکتا تھا۔ ترشہ سے جو درد پیدا ہوتا ہے، وہ شاید معدہ کا تناؤ بڑھ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ سوء ہضم کی متلی یا پیری کا احساس یا درد ممکن ہے کہ معکوس طور پر قے یا آبکایا پیدا کر دے، جو غذائی خٹلے کے بالائی حصے کے لئے اپنے مافیہ خارج کرنے کا سریع ترین اور محفوظ ترین طریقہ ہے۔ یہ ڈھانچے کے مختلف عضلات کے قوی انقباضات کی وجہ سے ہوتا ہے، جن سے معدے کے مافیہ مری کی راہ سے اور دہن میں سے ہو کر بزور خارج ہو جاتے ہیں۔ بالغوں میں قے عموماً ایک نہایت دردناک فعل ہوتا ہے۔ لیکن یہ درد غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے کے مافیہ ایک مدد و فواد میں سے بزور خارج کئے جاتے ہیں۔ قے بجائے خود بلا درد ہوتی ہے، جیسا کہ خود راقم الحروف نے ایک بار اُس وقت مشاہدہ کیا جب کہ اس نے ایک سخت قانناطیر کے سرے پر بندھی ہوئی تھیلی کو خود اپنی مری کے نیچے دھکیلنے کی کوشش کی۔ اس کے سوا کچھ نہیں ہوا کہ وہ شکی انقباضات سے باہر نکل آئی۔ نہایت چھوٹے بچوں کی قے اور مہیر یا قے بلا درد ہوتی ہے، اور اکثر یہی صورت حالات اُس وقت بھی ہوتی ہے جب کہ قے دروں گجمی مرض کی وجہ سے ہو۔ اسخائے صغیر کے زیریں حصے کا ہیج قے کے حرکات پیدا کر دیتا ہے۔ عضلاتِ شکم منقبض ہوتے ہیں اور معدہ بے حرکت رہتا ہے (11)۔

335

(۲) مزمن سوء ہضم پیدا کر دینے والے ضررات :-
(الف) خود معدہ ہی اولی سبب ہو سکتا ہے، یا تو اپنے عضلہ کی کش کی کمی کے نتیجے کے طور پر (اس حالت میں معدہ اکثر لٹک پڑتا ہے، ملاحظہ ہو صفحہ 339) یا جلی عضوی مرض جیسے کہ معدی قرعہ اور سرطان اور بوابی ضیق یا مزمن التهابِ معدہ کے نتیجے کے طور پر۔

(ب) سوء ہضم معکوس طور پر ان ضررات سے پیدا ہو سکتا ہے :-
غفوی ضررت جو کہ فاصلہ پر واقع ہوں، نیز اثنا عشری قرعہ، مزمن التهابِ زائدہ سنگہا صفرا اور مرارہ کے دوسرے ضررات، مزمن التهابِ البلبہ، ضرراتِ گردہ، بالخصوص

حرکت پذیر گردہ اور سنگ گردہ۔ وہ قبض کے بعد ثانوی طور پر بھی ہو سکتا ہے۔ بہر حال شاع کے معدی بحرانات میں ادنیٰ ضرر پچھلی عصبی جڑوں میں ہوتا ہے۔ ذبحہ صد ریہ (angina pectoris) ایک ثانوی سوہضم پیدا کر سکتا ہے (بالخصوص سوسریش سینہ)۔ یہ امر کہ ان مثالوں میں سوہضم کی پیدائش معکوس طور پر ہوئی ہے، مشابہت ذیل سے ظاہر ہوتا ہے۔ مزمن التهاب زائدہ میں زائدے کے رقبہ پر دست ورزی کرنے سے معدے کے انحنائے کبیر کا ایک محدود المقام شخ پیدا ہو گیا۔ ایسا ہی شخ عملیہ کے وقت ایک اثنا عشری قرح کی باریطنی سطح کی برقی پیچ سے پیدا ہو گیا (11)۔ سنگہاٹھ صفر سے یہ قال کے ایک مریض میں شراینی درد معدی حرکات کے ساتھ وابستہ پایا گیا۔ ایک مزمن طور پر طہتب زائدہ کی دست ورزی کرنے پر معکوس تحت القستی درد دیکھا گیا (25)۔

(ج) سوہضم نسبت زیادہ عام عوامل کے باعث بھی ہو سکتا ہے :- حمل پر مٹن غریبہ کے لئے حسیت (ملاحظہ ہو صفحہ 138) 'دماغی تشویش' حد سے زائد محنت اور دوسرے مضیف اثرات جیسے کہ طویل علالت، بخار، عدم دمویت، مرض برائٹ، جو کہ معدے کی دیوار کی زیرینیدگی پیدا کر کے یا اس کے افراز میں مداخلت کر کے عمل کرتے ہیں۔ قلیل شکردمویت، درد کے ساتھ بھوک کا احساس پیدا کر سکتی ہے۔ یہ امر کہ بعض اشخاص بلا کسی ظاہری سبب کے ساری عمر سوہضم میں مبتلا رہ سکتے ہیں، گذشتہ زمانوں میں اس خیال کا موجب ہوا کہ ایک سوہضم "بلا سبب" (dyspepsia "sine materia") بھی ہوتا ہے۔ لیکن ان مریضوں میں اگر غور کے ساتھ امتحان کیا جائے تو اغلب ہے کہ قطع نظر نمایاں عضوی مرض کے، کوئی نہ کوئی ضرر ضرور پایا جائے گا، خواہ یہ دیوار معدہ کی اس کمزوری کی شکل میں ہو جسے بے نشی سوہضم (atonic dyspepsia) کا نام دیا گیا ہے، یا غشائے مخاطی میں نرزی تاؤکلات کی صورت میں ہو (24)۔ موجودہ راقم الحروف مزمن سوہضم میں خفیف نرف کی کثیر الوقوع موجودگی سے بہت متاثر ہوا ہے۔ راقم الحروف کے مریضوں کی غالب تعداد معدے اور اثنا عشری کے لاشاعی مناظر میں کوئی صریح غیر طبی حالت نہیں ظاہر کرتی، لیکن اجاتوں میں مٹی خون موجود ہوتا ہے اور وہ ہیما ٹوپورفرین کا لطیف ظاہر کرتی ہیں۔ اور یہ اب

مزمن التهاب معدہ کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ترششی سوء ہضم (acid dyspepsia) کی اصطلاح ایک ہی مختلف الوقوع علامت، یعنی کھٹی ڈکاروں کے طرف اشارہ کرتی ہے جن کے ساتھ معدی افراز میں کثرت حمض الملتح کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ عصبی سوء ہضم (nervous dyspepsia) کی اصطلاح عضوی عصبی مرض یا اختلالی وماغی حالتوں کا سوء ہضم بیان کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جیسے کہ عدم اشتہا اور متلی کے ہر اور شریف کے مقابلہ پر محسوس ہونے والی بے چینی اور ڈوبنے کا احساس جو کہ بعض نفسی عصبانی حالتوں کا میز خاصہ ہیں۔

عصبی عدم اشتہا (anorexia nervosa) - وماغی مادہ خذ کے اس مرض میں جس کا ذکر گُل (Gull) نے کیا ہے، مریضہ (جو کہ عموماً ایک نوجوان عورت ہوتی ہے) غذا لینے سے انکار کر دیتی ہے یا بہت کم غذا لیتی ہے اور لاغر ہو جاتی ہے۔ وہ بیان کرتی ہے کہ وہ بیمار نہیں ہے بلکہ ممکن ہے کہ وہ غیر معمولی چستی بھی ظاہر کرے۔ مرض کی ابتدا بہت سی مثالوں میں اس طرح ہوتی ہے کہ مریضہ اپنا جسم چھریار رکھنے کی کوشش کرتی ہے۔ وہ اپنا وزن حد سے زیادہ گھٹا دیتی ہے، یہاں تک کہ خاندان والے فکر کرنے لگتے ہیں بلکہ اس کا پیچھا لیتے ہیں اور مہر زنش کرنے لگتے ہیں، لیکن اس کا وہ اثر ہی ہوتا ہے کہ وہ اور بھی زیادہ مستعدی کا اظہار کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ تغذیہ کی کمی سے تدرن کی نوبت پہنچ جائے۔ علاج سختی کے ساتھ کرنا چاہئے، اور اس مقصد کے لئے بستر میں آرام و سکون اور ایک مجوزہ غذا دینی چاہئے، اور ایک خاص مہر صہ ہونی چاہئے تاکہ یہ یقین ہو کہ وہ غذا و حقیقت لی گئی ہے۔ سرکش یا ضدی مریضوں میں ممکن ہے کہ ناک کی راہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

سوہ ہضم کی علامات سبب مرض کے دفع کر دینے کے بعد ممکن ہے کہ کچھ مہر تک باقی رہیں۔ اس کی مثال ایک سحر بہ سے ملتی ہے، جس میں مری کو ایک بھیلی سے پھلایا گیا تاکہ درد پیدا کیا جائے۔ عظم القص پر کی جلد الیم مٹی اور پشت میں درد تھا۔ سحر بہ ختم ہونے کے بعد یہ دونوں علامتیں چند گھنٹوں تک قائم رہیں اور دوسرے دن معمولی سوہ ہضم کا ایک شدید حملہ ہو گیا۔ غالباً مری کے عضلی ریشے تخفیف طور پر متفرج ہو گئے تھے اور ان سے معکوس معدی اختلالات پیدا ہو گئے۔

علامات - یہ مختلف مریضوں میں مختلف ہوتے ہیں۔

درجہ - سوء ہضم کا اظہار اکثر اوقات شراسیفی نقطے میں درد سے ہوتا ہے جو غذا لینے کے بعد شروع ہو جاتا ہے اور کچھ عرصہ تک جاری رہ کر بتدریج موقوف ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً ناف کے گرد اور بالخصوص اس سے ذرا اوپر یا قفسِ خجری کے لیول پر یا بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عظم القفس کے پیچھے محسوس ہو۔ اس درد کو وجع القلب (cardialgia) یا سوزشِ سینہ (heartburn) کہتے ہیں۔ اکثر یہ ”پشت کے آریار“ جاکر شانوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ معدی درد سر میں محول ہو کر دردِ آبرو پیدا کر دیں۔ دوسری اصابتوں میں درد اس وقت شروع ہوتا ہے جب کہ معده خالی ہو، اور ادخالِ غذا سے اس میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کے بجائے صرف ایک تکلیف، ضیق، یا پُری کا احساس یا جی ڈوبنے کا احساس ہو۔ ممکن ہے کہ شدید درد کے ساتھ یا اس کے بعد اوپر کی جلد پر اوپری الیمیت موجود ہو، یا شکم کو دبائے پر عمیق الیمیت پائی جائے۔

سالیجیت - اس کا وقوع بد ہضمی کی تمام قسموں میں عام ہوتا ہے۔ معدِ پیلو جاتا ہے اور ساتھ ہی بالائی شکم میں تکلیف ہوتی ہے اور ڈکار آنے سے درد میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ رنجیت کا سبب عموماً بلعِ الہوا سمجھا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 338) لیکن بعض اوقات رنجیت جزءِ اس CO_2 کی وجہ سے ہوتی ہے جو اثنا عشری کے فتلولی مافیہ کے بازو میں ہونے اور معدے میں ترشی معدی مافیہ کے ساتھ اس کے مل جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس طرح معدے کے اندر کی گیس میں بعض اوقات ۱۰ فی صدی CO_2 پائی گئی ہے۔

متلی سوء ہضم کی ایک عام علامت ہوا کرتی ہے، اور قے نسبتاً کم کثیر الوقوع علامت ہے، بہ استثنائے الکلی سوء ہضم کے جس میں وہ اکثر ہوا کرتی ہے۔ قے کردہ مادہ یا تو کھائی ہوئی غذا پر مشتمل ہوتا ہے یا صرف مخاط پر۔ متواتر قے ہونے کی حالت میں ممکن ہے کہ صفراء اور خون کی چند دھاریاں خارج ہوں۔ حرقان القلب (pyrosis or water brash) اس حالت کا نام ہے جس میں مایع کی کچھ مقدار ڈکار کے ذریعہ سے منہ میں آ جاتی ہے۔ یہ مایع بعض اوقات تعدیلی تعامل والا یا تھلوی ہوتا ہے، اور ایسی

حالت میں اسے عموماً بیشتر ریت پر مشتمل سمجھا جاتا ہے۔ لیکن یہ اکثر ترشمی ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ حلق میں اور عظم القص کے پیچھے جلن کا احساس ہوتا ہے۔ یہ ترشہ سے جلنے کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ اس طاقت کا ترشہ مری میں کوئی احساس نہیں پیدا کرتا۔

عام علامات - زبان مختلف طرز کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات وہ فروار ہوتی ہے۔ یہ قرینہ پتلی اور سپید یا دبیز اور زرد یا بھوری ہو سکتی ہے۔ وہ فروجا کثر پائی جاتی ہے رقیق غذا کی وجہ سے ہو سکتی ہے، جب کہ جبانے کا عمل نہ ہوا ہو یا سیلان ریتی کی کمی کی وجہ سے ہو سکتی ہے، جب کہ سطح کے پھیلنے لگ کر جدا نہ ہوئے ہوں۔ اس کے ساتھ سانس بوجھا ہوتا ہے۔ قبض اکثر ہوا کرتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ اس کی اثنائیں کبھی کبھی اسہال ہو جائے۔ بھوک تغیر پذیر ہوتی ہے، ممکن ہے کہ پیاس موجود ہو، بالخصوص قے کی حالت میں سودہ ہضم کے ساتھ اکثر جلدی ثورانات، احمرار گلابی کنی (rosacea)، ششری (urticaria)

اور معمولی کنی یا بے جاتے ہیں۔ بدن پر عام طور پر یا زیادہ صحیح الفاظ میں عصبی نظام پر جو اثر ہوتا ہے اس کا اظہار کمندی، محنت کے لئے بے رغبتی، چکر، نظر کے موضوعی احساسات، غنودگی، چڑچڑے پن، اور دماغی پستی کی صورت میں ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں خفیف عدم دمویت یا پیمیکاپین، کسینڈر نقصان تغذیہ اور مزمن اصابتوں میں چہرہ پر تکلیف یا تشویش کے مستقل آٹانکاپا یا جانا بھی غیر عام نہیں۔ لیکن دوسری مثالوں میں خرابی معدی کوئی عام دلالت نہیں پائی جاتی۔

تشخیص - سودہ ہضم کے علامات، اور غذا یا بھوک کے ساتھ ان کا وابستہ ہونا، اس قدر مخصوص و متمیز ہے کہ تشخیص میں کوئی دقت پیش نہیں آتی۔ بایں ہمہ اس حالت کے سبب کی تشخیص کرنا ایک بالکل دوسری بات ہے، اور دیرینہ اصابتوں میں کامل عام سریری امتحان کے علاوہ، غذائی خطہ کے لاشعاعی امتحان، مخفی خون کے لئے براز کے امتحان، امتحانی خوراک اور اثناء عشری کے مافیہ کے تجزیہ ان سب سے قیمتی معلومات کا حامل ہونا ممکن ہے۔ اس وقت بھی جب کہ معدے کا کوئی بڑا مرض خارج از بحث کر دیا گیا ہو، مخفی خون کی موجودگی ممکن ہے غشائے مخاطی کے نزفی صریر دلالت کرے، جو ممکن ہے کہ مزمن معدی التهاب کی وجہ سے ہو۔

علاج - اگر کوئی مرض یا ناقص طرز زندگی سودہ ہضم پیدا کر رہی ہو تو اس کا

تدارک کرنا ضروری ہے۔ خصوصاً فمعی عفونت کے دفعیہ کے طرف متوجہ ہونا چاہئے۔ سوہضم کے حقیقی علاج کی جماعت بندی حسب ذیل طریقہ پر کی جاسکتی ہے :-

337

(۱) غذا یا تمام ایسی غذاؤں سے کہ جن کے اندر پھلوں کے بیجوں اور پھلوں کی شکل میں غیر ہضم پذیر نسل موجود ہوں پر ہیز کرنا چاہئے اور ٹھوس غذا کو نگلنے سے پہلے پوری طرح چبا لینا چاہئے، یا دانت نہ ہوں تو اس کا چورا کر کے کھانا چاہئے۔ تیز خضبوہ یا مائلہ دار چینیوں، تلی ہوئی غذاؤں، کئی کئی اجزاء والے کھانوں، گرم سالوں، کھٹے پھلوں اور کچی چیزوں جیسے کہ مولیوں، سلاڈ (salad) وغیرہ کا استعمال ممنوع ہے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے، لیکن جن چیزوں کی اجازت ہے ان کی نام بنام فہرست دینا نامکن ہے۔ بہت کچھ خود مرلیض کے تجربہ پر منحصر ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل اصول یاد رکھنا چاہئے :- لحمی غذاؤں معدے کی تہیج کر کے ایک اعلیٰ درجہ کا ترشی رس پیدا کرتی ہیں جس کے ساتھ پیسین بھی پیدا ہوتی ہے اور یہ غذاؤں ایسے واسطہ کے اندر بہترین ہضم ہوتی ہیں۔ نشاستہ دار غذاؤں ریت کے اینزیم (enzyme) سے ہضم ہوتی ہیں، جس کے لئے تخفیف سے قلعوی واسطہ کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن شحم ہائڈروکلورک ایڈک افران کم کر دیتی اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر واقع کر دیتی ہیں۔ لہذا معمولی حالات کے تحت اور بالخصوص اس وقت جب کہ معدی رس کی مقدار کم ہو گوشت کھانے کے شروع میں دینا چاہئے تاکہ معدی رس کی پیدائش کی تہیج ہو، اور پھر کھانے کی تکمیل نشاستہ دار غذاؤں اور شحم کے ذریعہ کرنی چاہئے جو سبزیوں، اناج (cereals) یا پھلوں اور ساتھ ہی مکہ یا بالائی کی صورت میں ہوں۔ اس کے برعکس اگر معدی رس کا افران نہایت افراط کے ساتھ ہو تو ابتداءً شحم (۱/۲ اونس روغن تینوں یا روغن کے اندر سارڈین مچھلیاں مکہ کے ساتھ دی جائیں) اور اناج بعد گوشت اور اناج وغیرہ دینے سے بہترین نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ شحم کے ذریعہ افران کو کم کرنا طریقہ غالباً بہتر ہے بہ نسبت اس کے کہ معدہ کے اندر ہائڈروکلورک بن جانے کے بعد اس کی تعدیل دو اونس کے ذریعہ کی جائے۔ لحمی غذاؤں کے ساتھ چربی نہیں دینی چاہئے، اور مکن ہے کہ لحم خنزیر میں زیادہ چربی کی موجودگی ہی اس کا سبب ہو کہ وہ ناقابل برداشت ہوتا ہے۔ پھلی جس کی بہت سی قسموں میں چربی نہیں ہوتی، عموماً سب سے زیادہ قابل

برداشت ہوتی ہے۔

زیادہ شدید اصابتوں میں معمولی جسامت کا کھانا لیا ہی نہیں جاسکتا اور یقیناً صورت حالات ایسی ہوتی ہے کہ جب معدہ میں غذا اختوڑی مقدار میں ہو تو وہ اپنا فعل بہترین طور پر انجام دیتا ہے اور جب معدہ بھرا ہوا یا بالکل خالی ہوتا ہے تو دریا تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ اسی واسطے غذا ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں اور متواتر وقفوں کے بعد دینا مناسب ہے۔ ہلکے سے ناشتے اور دوپہر اور رات کے کھانوں کے علاوہ ان اوقات پر بھی تھوڑا کھا لینا چاہئے۔ صبح کے وقت سوکر اٹھنے کے بعد صبح کے درمیانی وقت میں ۴ بجے شام کو اور رات کو سونے سے پہلے۔

غذا کے مایع حصہ پر دو نقطوں سے نظر ڈالی جاسکتی ہے۔ اولاً سیال کا وہ حجم ہے جو غذا کے ٹھوس حصے کے ساتھ مل کر ہضم کے لئے انسب ارتکاز (optimum concentration) پیدا کر دیتا ہے۔ اس کو کھانے کے دوران میں یا کھانے کے فوراً بعد لے لینا چاہئے اور یہ جو بیس گھنٹوں میں ایک پنٹ یعنی ڈیڑھ پاؤ تک لیا جاسکتا ہے۔ مزید سیال جو مقدار میں ایک یا دو پنٹ ہوتا ہے وہ ہے جو کہ جسم کے عام تحول میں ضروری ہوتا ہے۔ اسے کھانے سے پاویا آدھ گھنٹے پہلے لینا چاہئے۔ جامدات اور مایعات کو ہمیشہ گرم کر لینا چاہئے۔ مناسب ترین سیالات پانی، ہلکی چائے یا کوکو ہیں اور یقیناً دودھ بھی جو کہ ایک اہم غذا ابھی ہے۔ الکحل نہیں لینا چاہئے۔

سوہمضم کے بعض مریض بہت لاغر ہو جاتے ہیں کیونکہ وہ ناگوار نتائج کے خوف سے غذا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ایسے مریضوں کے لئے بستر پر آرام کرنا ضروری ہے اور انہیں اپنی قاعدی احتیاج (basal requirement) (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۷) سے زائد غذا لینے پر مجبور کرنا چاہئے یہاں تک کہ ان کا وزن پھر اتنا ہی ہو جائے۔ ایک عمدہ تجویز یہ ہے کہ تغیر پذیر ناشتہ اور دوپہر اور شب کا کھانا دیا جائے اور غذا کی مقدار قاعدی احتیاج کے معادل ہو۔ علاوہ ازیں سوکر اٹھنے کے بعد ۱۱ بجے صبح ۴ بجے شام کو اور شب میں آخری چیز کے طور پر ۳ پنٹ (ایک سیر و چمٹا تک) دودھ لے لیا جائے۔

ادویہ۔ یہ صرف اسی وقت تجویز کی جائیں جب کہ غذا کی یہ احتیاج تنظیم

کرنے کے باوجود علامات کی شکایت ہو۔ ایک نہایت نفع بخش چیز CO_2 ہے، جو معدے کے اندر آزاد کرائی جاسکتی ہے اور جس کا فعل معدی انقباض کا امتناع کرنا یا ڈکاریں لانا ہے جن سے دروں معدی دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ دو آمیزے تیار کئے جاتے ہیں :- (۱) سوڈا بائی کارب۔ گرین ۳۰، خیساندہ جتیا نہ مرکب، ساجد ایک اونس۔ (۲) سائٹرک ایسڈ، گرین ۳۰۔ آپ کلوروفارم، ساجد ایک اونس۔ ڈکاریوں کا اعظم اثر چال کرنا ہو تو سپہلے آمیزے کے بعد فوراً دوسرا آمیزہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر اس سے خفیف تر اثر پیدا کرنا ہو تو پہلے آمیزے کا ایک ٹی سپون فل لیٹھ کے بعد دوسرے آمیزے کا ایک ٹی سپون فل لیا جاتا اور اس کا تکرار کیا جائے یہاں تک کہ در دیا تکلیف کا ازالہ ہو جائے۔ سوڈا بائی کارب کے بجائے تیار شدہ کھڑ

(prepared chalk) اور میگنیشیا کارب (mag. carb) کے مساوی حصوں کا ایک

338

ٹی سپون فل قدرے پانی کے اندر ملا کر اسی طرح استعمال کیا جاسکتا ہے۔ میگنیشیا کارب اس قبض کو رفع کرنے میں مفید عمل کرے گا جو اکثر موجود ہوتا ہے۔ جب سوڈا بائی کارب تنہا دیا جاتا ہے تو درد رفع کرنے میں اس کا مفید اثر تقریباً یقینی طور پر اسی وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے میں کے ترشہ سے CO_2 آزاد ہوتی ہے، نہ کہ سوڈا بائی کارب کی قوی خاصیت کی وجہ سے۔ سائٹرک ایسڈ دینے کا یہ فائدہ ہے کہ وہ اس عمل کو اور بھی زیادہ یقینی کر دیتا ہے اور دوران ہضم میں دفعۃً معدی رس کے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تبدیل کر دینا غالباً بہت سی اصابتوں میں ایک خراب مزاولت ہے۔ اگر CO_2 کے اثر سے بالکل علیحدہ ایک قلی تجویز کرنا مقصود ہو تو میگنیشیم ام کسٹڈ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ جہاں یہ شبہ ہو کہ غشائے مخاطی میں ضررات موجود ہیں، وہاں ان ضررات کو ایک پلستر سے ڈھانکنے اور اس طرح ان کی حفاظت کرنے کے مقصد سے بسنتھ (bismuth) یا کے اولین (kaolin) تجویز کر سکتے ہیں۔ لیکن انھیں خاصی بڑی مقدار میں، مثلاً ۲ تا ۴ ڈرام کی مقدار میں لعاب (mucilage) کے ساتھ پانی میں معلق کر کے دینا چاہئے۔ سورہ ہضم کی بعض اصابتوں میں مرقق ہائڈروکلورک ایسڈ، ایک ڈرام تک کی مقداروں میں، پانی کے ساتھ خوب ہلکا کر کے، کھانے کے ساتھ اور اس کے بعد لیا جائے تو بہت مفید ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ معدی رس کا HCl پست ہو اور بہت رسیحیت کے ساتھ چہرے کی تمتمہا ہٹ موجود ہو، جیسے کہ گلابی کنی کی اصابتوں میں۔

دوسری دوائیں جن کو کاسیر ریاح کہتے ہیں، زمانہ دراز سے لی گئی ہیں اور ان کی ملی ہیئت ہے۔ وہ یہ ہیں :- سال وولیشنل (Sal volatile)، کچلہ کا صبغیہ (tr. nucis vomicae) اسٹریکنین (strychnine)، عرق الذہب (iphecacuanha) نباتی مریات (vegetable bitters) جیسے کہ کیا لمبا کی جڑ (calumba root)، اور طیران پذیر روغنیات (volatile oils) جیسے کہ روغن پودینہ۔

طبیعی طریقے - شکم کے بالائی حصہ پر لگائی ہوئی حرارت ایک قوی مدد ہضم ہے اور غالباً اپنا عمل غرائش مقابل کی طرح، معکوس طور پر موثر حشائی حرکات پیدا کر کے کرتی ہے۔ حرارت کا استعمال کھانسنے کے بعد گیمگی ٹیسو (Gamgee tissue) کو شکم کے گرد باندھ کر، یا ایک چھوٹی قفل پذیر گرم پانی کی تھیلی یا برقی یا معمولی پولیسٹروں یا پلیسٹروں [جن میں آمینی فلاجسٹین (antiphlogistin) یا تھرموجن وول (thermogene wool) شامل ہیں] کی وساطت سے کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے طریقے جن کا اطلاق سقوط المعده (gastroptosis) کی حالت پر ہوتا ہے کہ جس میں افعال حرکت کی قلت ہوتی ہے، صفحہ 340 پر بیان کئے گئے ہیں۔ نہایت شدید حادثہ غیر علاج پذیر دوسرہ کی اصابتوں میں، معدے کے اندر ایک نئی گزرا چاہئے تاکہ دباؤ کم ہو جائے۔ یہ ماریفادینے کے نسبت زیادہ مناسب ہے، لیکن بعض اوقات ماریفادینا گزیر ہو جاتا ہے۔

بلع الہوا

(aerophagy)

بلع الہوا یا کثرت ہوا نگہنے کی حالت ریجی سوء ہضم کی ایک قسم پیدا کرتی ہے گذشتہ زمانہ میں معدے میں گیس کا اجتماع تخمیر کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ لیکن طبعی طور پر یہ کسی معدہ تک نہیں واقع ہوتا، کیونکہ معدی مافیہ بہت ترشی ہوئے اور معدے میں بہت قلیل عرصہ تک ٹہرتے ہیں۔ معدہ کا سرطانی سلو، جو بوالی صتیق (pyloric stenosis) پیدا کر دیتا ہے، وہ خاص حالت ہے جس سے تخمیر کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ اس حالت میں صیت ترشگی اور غذا کار کو دونوں موجود ہوتے ہیں۔ طبعی طور پر غذا کے ساتھ کیسے قدر ہوا نگہلی جاتی ہے، جو لاشاعوں کے ذریعہ معدے کے اندر

دائیں ڈایا فرام سے بالکل نیچے ہی ایک صاف رقبہ کے طور پر دیکھنے میں آتی ہے اور وہ طبعی آواز پیدا کر دیتی ہے جو معدے کے بالائی حصے پر قرع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ وہ حالت جو بلع الہوا کے نام سے مشہور ہے، صرف اسی وقت موجود سمجھی جاتی ہے جب کہ ہوا کی بہت زیادہ مقداریں تنگی جائیں اور خاص کر جب کہ یہ عمل کھانوں کے درمیان بھی جاری رہے۔

بحث اسباب - بلع الہوا کی اصابتوں کے تین گروہ ہوتے ہیں :-

- ۱۔ سوء الهضمی - اسے اس طبعی میکائیت کا جس کے ذریعہ سے معدے میں ہوا داخل ہوتی ہے (24) مبالغہ آمیز حالت سمجھنا چاہئے (علامہ ہوصفہ 335)۔
- ۲۔ خراب عادات - یہ سورہ ہضمی قسم سے قریبی تعلق رکھنے والا گروہ ہے اور ممکن ہے کہ اسی سے پیدا ہو جائے۔ مریض کسب قدر تکلیف محسوس کرتا ہے جیسے کہ شرییف میں تنگی یا پری کا احساس اور اسے محسوس ہوتا ہے کہ اچھی طرح ڈکار لے کر وہ اس میں تخفیف پیدا کر سکتا ہے۔ تکلیف کا یہ احساس ممکن ہے کہ خود بخود پیدا ہو جائے یا حادثہ ہضمی یا حادثہ مدی قرصہ یا کسی دوسری بیماری کے حملہ کا نتیجہ ہو۔ نیز یہ اصلی سبب کے دفع ہو جانے کے بعد بھی بدستور قائم رہتا ہے۔ یہ معدے میں گیس کی زیادتی کی وجہ سے نہیں ہوتا اور معدہ اکثر تقریباً خالی ہوتا ہے۔ مریض ڈکار لے کر تخفیف مرض کی کوشش کرتا ہے، لیکن اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہوا زور کے ساتھ معدے کے اندر داخل ہو جاتی ہے جس سے تکلیف اور بڑھ جاتی ہے۔ مریض ایسا ایک دو بار اور کرتا ہے، یہاں تک کہ ہوا کی بہت بڑی مقدار جمع ہو جاتی ہے۔ ایک اور مرتبہ ڈکار لینے پر ساری گیس خارج ہو جاتی ہے اور فی الفور کامل آرام کا احساس ہوتا ہے۔ تھوڑے عرصہ کے بعد پھر وہی تکلیف کا احساس ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ یہی دور غیر متعین طور پر بار بار ہوتا ہے۔ دوسرے مریضوں کو یہ شکایت ہو جاتی ہے کہ ہر چند سیکنڈ کے بعد ان کو بلند آواز کے ساتھ ڈکاریں آتی ہیں جس کی وجہ سے وہ خود اپنے لئے اور دوستوں کے لئے ایک وبال ہو جاتے ہیں۔ فی الحقیقت یہ ایک قسم کا "قلص" ("tie") ہے اور اکثر ہسٹریائی ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں ہوا معدے میں نہیں داخل ہوتی، بلکہ وہ مری کے اندر چوسی جتا کر فی الفور زور کے ساتھ باہر نکال دی جاتی ہے۔ اور بھی دوسری اصابتوں میں ہوا متصا

کے ذریعہ معدے کے اندر کھینچ آتی ہے۔

۳- افسر طریق - اس کا سبب مبہم ہے۔ لیکن جب یہ پیدا ہوتا ہے تو مریض اسے دن بھر برابر نگھلتے رہتے ہیں اور ساتھ ہی ہوا بھی نگلی جاتی ہے۔

علامات یہ ہیں :- شرا سیف میں پُری اور ساتھ ہی تکلیف کا احساس، اور بعض اوقات شدید درد کے ساتھ تمدّد کا ریس، ہچکی، عدم اشتہا، قے، بعض بعید ممکن اختلالات بھی بلع الہوا سے منسوب کئے جاسکتے ہیں، یعنی چہرہ کا امتلاء، درد سر، جسم کا گرم ہو کر متمہا جانا، اختلاج، سرعت ضربات قلب، متزاد انکماشات اور مری میں پیدا ہونے والے تحت القوی درد۔ یہ پایا گیا ہے کہ اگر معدہ کا سنجری تمدّد پیدا کیا جائے تو مری کی حرکت و ودیہ میں زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ نگلی ہوئی ہوا کا اکثر حصہ بواب کی راہ سے آگے چلا جاتا ہے اور لاشعاعوں سے عارضی طور پر اشتناعشری کے پہلے حصے میں دیکھا جاسکتا ہے۔ پھر یہ چھوٹی آنت میں سے گذر کر قولون کے اندر بڑے بڑے بلبوں کی شکل میں جمع ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مافیہ کے آگے بڑھنے میں مزاحمت زیادہ ہو جاتی ہے اور اس طرح اس سے قولونی رکود کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ آخر کار ہوا مری کی راہ سے گوزن کر نکل جاتی ہے۔ قولون کی راہ سے اس کے گزرتے وقت اکثر قفلقل کی آواز پیدا ہوتی ہیں جن کو قرا قرا معا کہتے ہیں۔

تشخیص - معدے اور امعاء کے اندر زیادہ گیس کی موجودگی لاشعاعوں سے دیکھی جاسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ معدہ چھوٹا ہو یا بڑا ہو۔

علاج - سوء الہضمی قسم پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔ دوسری قسموں میں مریض کو احتیاط کے ساتھ پوری صورت حالات سمجھا دینی چاہئے اور اُسے کھانوں کے درمیان میں جس قدر ممکن ہو کم نگھلنے کی ہدایت کرنی چاہئے۔ ایسا کرنے میں مریض کو اپنے منہ میں ایک سگریٹ کی منہ نال (cigarette-holder) پکڑے رکھنے سے، یا غصروفہ فدی سے اوپر گردن کے گرد ایک تنگ گلو بند پہننے سے مدد مل سکتی ہے۔ ان ذرائع کی وساطت سے وہ نگھلنے کے عمل کے آغاز سے مطلع ہو جاتا اور اپنے آپ کو قابو میں رکھ سکتا ہے۔ تنفسی ورزشیں بھی مفید ہوتی ہیں۔ کھانے کے وقت سیالات کو سُرکنا یا چھلکنا نہ چاہئے بلکہ ایک گھانسن کے تنکے میں سے لینا چاہئے۔ انذار اچھا ہوتا ہے۔

ہسٹریائی امابتوں کے لئے ممکن ہے کہ علاج کے خاص طریقوں کی ضرورت پیش آئے
(ملاحظہ ہو صفحہ 785)۔

سقوطِ المعده

(gastroptosis)

احشاء پر سقوط کی اصطلاح کا اطلاق ہوتا تو اس کا یہ مفہوم ہے کہ شکم کے اندر وہ معمول کے نسبت ایک نیچی جگہ پر واقع ہیں۔ سقوطِ المعده کا تہنا پایا جاتا ہے، لیکن اکثر اوقات وہ احشاء کی عمومی گراؤٹ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جسے سقوطِ الاحشاء (visceroptosis) یا مرضِ کلینارڈ (Glenard's disease) کہتے ہیں۔ اس مرض میں ممکن ہے سقوطِ کبد (hepatoptosis) (۴) سقوطِ طحال (splenoptosis) سقوطِ کلید (nephroptosis) (دائیں طرف کا ۱۹) اور سقوطِ قولون (coloptosis) (۴۷) موجود ہو۔ یہ تمام حالتیں خاص کر قولون اور اس کے عوجات کی گراؤٹ بالکل تندرست شخصوں میں بھی مل سکتی ہے۔ ان احشاء کے سقوط کے یہ معنی ہیں کہ پورا احشاء گر پڑتا ہے، لیکن سقوطِ المعده کی اصطلاح اس مفہوم میں نہیں استعمال کی جاتی، کیونکہ معدے کی چوٹی علیٰ طورِ ہمیشہ ڈایا فرام سے متناس رہتی ہے۔ معدے کا زیریں حصہ ہی گر پڑتا ہے، یعنی یہ حشاء لہبا ہو جاتا ہے۔ ڈایا فرام کی گراؤٹ سٹاڈی واقع ہوتی ہے (2)۔

اسباب - صفحہ 327 پر بتایا گیا ہے کہ سقوطِ المعده بالکل تندرست اشخاص میں بھی واقع ہو سکتا ہے، یعنی لمبے اور تنگ سینہ اور شکم والے اشخاص میں۔ یہ حالت مردوں کے نسبت عورتوں میں نیچنی عام ہوتی ہے۔ جن عورتوں کو کوئی بچہ نہ ہوا ہو یا زیادہ سے زیادہ ایک یا دو بچے ہوئے ہوں، ان کے نسبت اکثر یہ ان عورتوں میں زیادہ عام ہوتی ہے جن کو کئی بچے ہو چکے ہوں۔ یہ بالخصوص تیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہے۔ علامات کا پہلے پہل انکشاف حاد نوعی حمیات یا التهاب زائدہ دودھ کے بعد یا شکم کے جراحی عملیہ کے بعد، یا دماغی اور جسمانی محنت یا بار کے بعد ہوتا ہے۔ بہت زیادہ محنت بھی سقوطِ المعده پیدا کر سکتی ہے۔

علامات - قبض سب سے زیادہ عام ہے (۶۷) پھر شکم کی تکلیف (۳۵) ریحیت (۴۵) نقصان توانائی (۴۴) درد شکم (۴۳) وزن کا کم ہو جانا (۳۶) درد سر (۳۱) متلی (۲۴) اور پستی (۲۲) - سینہ کی طین کسینقدر رمیز ہوتی ہے - یہ یقین کرنے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہے کہ معدی تفرح سقوط المعده میں ان اصابتوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے جن میں شکمی علامات کے ساتھ معدہ طبعی محل وقوع رکھتا ہو، لیکن لاشعاعی منظر سے اس امر کے طرف اشارہ ہوتا ہے کہ اشاعشری تفرح (۲۳) کسینقدر زیادہ عام ہوتا ہے - پیڑی سے ڈھکی ہوئی زبان (۴۶) ناکافی دانست (۳۳) جو فیزی سیلانیم (pyorrhoea alveolaris) (۱۹) عام تھے - عام عقیدے کے خلاف - معدی بیش تر شکی کثیر اور وقوع تھی (۴۹) لیکن کم تر شکی بھی تھی (۲۱)۔

تشخیص - سقوط المعده کو شناخت کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ غیر شفاف کھانا دینے کے بعد ریض کو انتصابی وضع میں رکھ کر لاشعاعوں کے ذریعہ سے دیکھا جائے - طبعی حالت میں انحنائے صغیر حرقنی عرفوں سے اوپر ہوتا ہے، اور انحنائے کبیر ان سے نیچے - جب معدہ گرا ہوا ہو تو ممکن ہے کہ انحنائے کبیر اس قدر نیچے ہو کہ انتہائی اصابتوں میں وہ ارتفاع عانی تک پہنچ جائے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱ صفحہ 340) - جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے و معدے کے محل وقوع کا نیچے ہونا تندرستی کی حالت کا منافی نہیں، اور ایسے حالات موجود ہیں جو عارضی طور پر اس حالت کو پیدا کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 328) -

سقوط المعده عموماً قلت تنش (۷۱) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، اور یہ غالباً علامات پیدا کرنے میں سب سے زیادہ اہم عامل ہوتی ہے - قلت تنش کا ثبوت غیر شفاف کھانے کی تنوؤ سوسی - سی کی مقداریں متواتر دینے سے حاصل کیا جاسکتا ہے - طبعی حالت میں عضلہ اس کا حامل اس طرح ظاہر کرتا ہے کہ وہ غذا کے استوائ کو ایک مستقل بلندی پر قائم رکھتا ہے (شکل ۸۴) لہذا در بے میں م (۷۱) خواہ دی ہوئی غذا کی مقدار کچھ بھی ہو لیکن جب معدہ میں قلت تنش ہوتی ہے تو غذا کا ابتدائی حصہ نہ نشین ہو جاتا ہے اور

۱۰ توین میں درج کئے ہوئے اعداد ظاہر کرنے ہیں کہ سقوط المعده کی غیر پیچیدہ ۱۰۰ اصابتوں میں جن میں شکمی علامات موجود تھے کتنی اصابتوں میں یہ علاماتیں موجود تھیں (26)۔



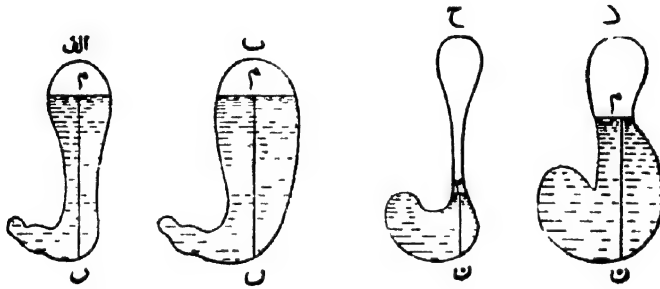
ایک گرے ہوئے یا اطالت پذیر معدہ کی شعاع نگاشت جو کہ بیریم سے بھرا ہوا ہے۔ انٹنا، کبیر کا زیرین حصہ حوض میں ارتفاق سے عین اوپر واقع ہے۔ یہ حرقضی عرف سے بہت نیچے ہے۔ معدہ کا بالائی حصہ نظر نہیں آتا۔ لیکن معدہ کے وسط کے قریب درونہ تنگ نظر آتا ہے۔ یہ اطالت پذیر معدہ کی دیواروں کے لٹک پڑنے کی وجہ سے ہے۔ ریت گھڑی معدہ کی طرح اس میں کوئی شیخ یا ندبی انقباض نہیں جب معدہ گرتا ہے تو اس کا حجم طبی سے زیادہ ہو جاتا ہے 'گویا یہ ایک قسم کا متسع معدہ بن جاتا ہے۔ دوسری قسم میں جو کہ بوابی ضیق کے ساتھ متلازم ہے ایک بالکل دوسرا منظر نظر آتا ہے۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ صفحہ 351) (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک کے لئے ہجرت سے)



ایک بیش تر نشی معدہ کی شعاع نکاشت۔ یہ ایک چھوٹا سا معدہ ہے جو کہ بیریم سے بھرا ہوا اور کم میں واپار عرضی طور پر پھیلنا ہوا ہے۔ بیریم میں بہت بلندی پر ہے اور حرقی غروں سے جو کہ تصویر میں دکھائے نہیں گئے بہت اچھے واقعہ ہے۔ اثنا عشری کا اول حصہ معدہ کے بوابی سرے کے پیچھے چھپا ہوا ہے۔ بیریم کا تھوڑا سا حصہ گزر چکا ہے اور نیچے نظر آ رہا ہے۔ معدہ کے قعر میں ایک بہت بڑا ہوا کا بلبلہ جو کہ بائیں ڈایا فرام کے عین نیچے نظر آتا ہے معدہ میں سیال کا بالائی لیول جو کہ افقی ہے ہوا سے نیچے نظر آتا ہے۔ (مٹرڈ ملیولنٹ سے لاک کے لئے ہوئے صفحہ سے)

بعد کے حصے معدے کو ایک تھیلی کی طرح مرکرو دیتے ہیں (24) (ملاحظہ ہو شکل ۴۸ ج ۱ اور ۵)۔ معدے کے خالی ہونے میں عموماً تاخیر ہو جاتی ہے (۵۷) اور لاشعاعی شہادت سے اکثر یہ چلتا ہے کہ زائدہ دودھ کی غیر طبعی حالت (۵۹) 'قولون میں تاخیر (۶۶) 'سقوط القولون (۴۷) اور لفافنی رکود (۴۲) موجود ہے۔ معدہ کے نیچے ہونے اور اکثر قلت تنفس کے باوجود معدے کے حرکات دودھ کا علی پائے گئے۔

تحریر کا طریقہ یہ ہے کہ عمر بھر باقاعدہ ورزش کی جائے، تنگ کاسیٹوں (corsets) اور زیادہ محنت سے احتراز کیا جائے، غذا ایسی لی جائے کہ جس میں پھل



شکل ۴۸

اور ترکاریاں بہ افراط ہوں، پاخانہ جانے میں پابندی وقت کی عادت ڈالی جائے اور آنتوں کی ہر بے قاعدگی یا علامات سورہ ہضم کے طرف فوری توجہ کی جائے۔

سقوط المعدہ کی ایک سریری علامت یہ ہے کہ ناف سے اوپر خط وسطیٰ میں دبانے سے درد پیدا ہو جاتا ہے، اور اگر ہم زماں طور پر ارتفاقِ عانی سے عین اوپر دیا جائے تو اس میں فوری تخفیف پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج - نسبتہً تخفیفِ اصابتوں میں ممکن ہے کہ کسی علاج کی ضرورت نہ ہو، اگرچہ ان میں بھی عضلات شکم کو جناسٹک یعنی اکھاڑے اور کسرت وغیرہ کی ورزشوں، گھوڑے کی سواری یا پھلکتی یا شمشیر زنی کی مشقوں سے کچھ تقویت دینا مفید ہے۔ شکمی دُک اور بھلی بھی مفید ہو سکتی ہے۔ زیادہ نمایاں اصابتوں میں ایک پیسٹی

مسل دن بھر پیسے رہنا چاہئے۔ یہ پیٹی ایسی بنی ہوئی ہو کہ ارتفاق عانی سے عین اوپر سخت دباؤ ڈالے۔ اور پیٹی کے اندر کے طرف ایک چھوٹی اُبھری ہوئی گدی رکھنا ایک عمدہ تجویز ہے۔ جہاں عمدہ بہت قسح ہو، ایک وقت میں کھانے کی تھوڑی تھوڑی مقداریں لینیں چاہئیں، اور کھانے کے بعد مریض کو دائیں کروٹ پر لیٹ جانا یا پاؤں اور ہاتھوں کے بل چلنا چاہئے، جس سے غذا کو بواب کے آر پار گزرنے میں آسانی ہوگی۔

ہسٹیریائی قے

(hysterical vomiting)

دوسرے ہسٹیریائی مظاہر کی طرح، ہسٹیریائی قے بھی عموماً کسی ایسی شکایت سے پیدا ہو جاتی ہے جس کی علامتوں میں سے قے ایک علامت ہوتی ہے، اور جب اصلی شکایت رفع ہو جاتی ہے تو یہ قے ایذا کی وجہ سے جاری رہتی ہے۔ وہ قے جو حل کے ساتھ قدرتی طور پر متلازم ہوا کرتی ہے، ایذا پذیر افراد میں اسی وجہ سے جاری رہ سکتی ہے۔ اس قسم کی قے التهاب زائدہ دودیدہ کے حملہ کے بعد اس وقت بھی جاری رہ سکتی ہے جب کہ زائدہ دودیدہ جراحی علیہ کے ذریعہ سے خارج کر دیا گیا ہو۔ دورانِ جنگ میں ”گیس زدگی“ کی علامتوں میں سے قے ایک علامت تھی، اور بہت سی اصابتوں میں ہسٹیریائی قے پیدا ہو گئی۔

علاج - دوسری ہسٹیریائی اصابتوں کی طرح، اس میں علاج نفسی (psychotherapy) کا استعمال کرنا چاہئے۔ مریض کو اصلی صورتِ حالات سمجھا دینا چاہئے۔ تمام مخصوص دوائیں اور غذائیں جو ابتداءً قے کی وجہ سے تجویز کی گئی تھیں، اور جو ممکن ہے کہ بذریعہ ایذا اس حالت کو جاری رکھیں، اب بند کر دینی چاہئیں، اور مریض کو معمولی غذا لینے کی ترغیب دینی چاہئے۔ عسیر العلاج اصابتوں میں معدے کی راہ سے اشنا عشری میں ربر کی ایک پستلی نلی گزار کر مریض کو غذا دیا جاسکتی ہے۔

دوری قے

(cyclical vomiting)

بچی اور ہسپتالی مزا دلت دونوں میں یہ شکایت تین تا تیرہ سال عمر والے بچوں میں نسبتاً عام ہوتی ہے، اگرچہ اس کا امکان ہے کہ اسے ”صفراء کے حملوں“ (”bilious attacks“) کی تشخیص کے تحت نظر انداز کر دیا جائے جو غذا کی کسی بے احتیاطی سے منسوب کر دیئے جاتے ہیں۔ اس کے حملے مختلف فاصلوں پر ہوا کرتے ہیں، اور ذہنی یا دماغی ہيجان (جیسا کہ جلسوں کی شرکت سے یا امتحان دینے سے پیدا ہو جاتا ہے) سرایت (جیسے کہ زکام یا التهاب لوزہ) زائد عضلی محنت (جیسے کہ مسابقتی کھیلوں میں) یا بٹنے سے (جیسے کہ موٹر کی سواری میں) شروع ہو جاتے ہیں۔ اکثر ان کی موجودگی کی ایک خاندانی سرگزشت ہوتی ہے، اور اس شکایت کے موضوع بعض اوقات (گو کہ ہمیشہ نہیں) معمولی صحت کی حالت میں نہیں ہوتے، اور وہ متبض غفلت، شحوب، عصبي مزاج، شب بولی (nocturnal enuresis) پھٹڈی پن (backwardness)، کیٹون بولیت (ketonuria) وغیرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔

علامات - حملہ دفعۃً شروع ہو جاتا ہے۔ علامات جو دو یا تین دن تک جاری رہتے ہیں، یہ ہیں: کسمندی، غنودگی، درد سر، قے، اور انبساط۔ ارتفاع حرارت جو ممکن ہے کہ ۱۰۳ درجہ فارن ہائٹ تک پہنچ جائے، پہلے دن ضرور موجود ہوتا ہے۔ درد شکم ہوتا ہے جو اکثر دائیں حرقفی حفرہ میں ہوتا ہے اور بعض اوقات اس کے ساتھ الیمیت اور استواری ہوتی ہے، چنانچہ التهاب زائد دودھ سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں پاخانے حملہ کے آغاز میں بدبودار اور حملہ ختم ہو جانے کے بعد غیر معمولی طور پر بڑے تھکے۔ قاعدہ ہے کہ حملہ کے دوران میں قبض ہوا کرتا ہے۔ مریض کی قے اور سانس دونوں میں اسیٹون (acetone) کی بو آتی ہے اور قارورہ کے اندر اسیٹون اجسام (acetone bodies)، یعنی اسیٹون اسیٹو اسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid)، بیٹا آکسی بوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) پائے جاتے ہیں۔ یہ کیتونیت حملہ کے آغاز میں قے

شروع ہونے سے پہلے موجود ہو سکتی ہے۔ اگر تھے جاری رہے تو بچہ جلد ہی ڈبلا ہو جاتا ہے، اس کا شکم باز کشیدہ، چہرہ لٹکا ہوا ہوتا ہے، اور آنکھوں میں گرہے پڑ جاتے ہیں۔ کبھی کبھی اس کا حملہ مہلک ہوتا ہے، اور دردمز ہڈیاں، بچھنی، تشنات کے ساتھ، ہوٹا یا کیتونیت کی وجہ سے قوما ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 466)۔ مہلک اصابتوں میں جگر یا معوم شمی اعظا کی حالت میں پایا گیا ہے۔

امراض ضیات۔ بعض اصابتوں میں قلیل شکر دمویت پائی گئی ہے، اور بعض میں خون کی شکر معمولی مقدار میں ہوتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ عصب مشار کی کے تہج کے ذریعہ سے ایڈرینالین کا افراز زیادہ نکلتا ہے، اور یہ تگوبین شکر کو بڑھاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور بالآخر جگر کی گلائکوجن کو گلوکوز کی شکل میں بہ افراط منتشر کر دیتا ہے، جو جسم کے اندر بہ سرعت حل جاتا ہے۔

سحریر اور علاج۔ حملوں کی روک تھام اور علاج اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ بہ افراط شکر دی جائے۔ اگر بچہ ہوش ہے تو وہ فی صدی ڈکسٹروں (dextrose) ایک انفی انبوبہ کی راہ سے جو کہ بواب یا اثنا عشری تک داخل کر دیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور معاد متعیم کی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ کیتونیت کا علاج بہ کثرت سیالات، سوڈا بائی کارب، وغیرہ دے کر کرنا چاہئے، لیکن انسولین نہیں دینی چاہئے۔

معدہ اور اثنا عشری کا ماوانساع

342

(acute dilatation of the stomach & duodenum)

معدی اور اثنا عشری ایلاؤس

(gastric & duodenal ileus)

معدلا۔ اس قسم کی اصابتیں منبثہ شاذ ہیں، اگرچہ اب بہت اصابتوں کا اندراج ہوا ہے۔ ان کے وقوع کا سبب آسانی سے سمجھ میں نہیں آتا۔ ان کی غالب تعداد میں تسد و کا کوئی صریح سبب نہیں ہوتا، لیکن بعض اصابتیں معدے کو حد سے زائد بھر لینے کے بعد (خاص کر سبزی ترکاریوں سے) پیدا ہو سکتی ہیں۔ کثیر المقدار گیس جلد پیدا ہو کر معدہ اسی طرح بھول جاتا ہے جس طرح کہ ایک بھیر کا پہلا معدہ (rumen)

ہرے گہوں کھالینے کے بعد چند اصابتیں تغیر لگنے کے بعد واقع ہو گئی ہیں اور گمان غالب ہے کہ ان میں معدی عضلہ مشلول ہو جاتا ہے، اور ایک چوتھائی سے زائد اصابتیں جراحی اعمال کے بعد ہوتی ہیں۔ ایسی اصابتوں میں قیاس ہے کہ معدی حس (anæsthetic) دو اباحت مرض ہے، بالخصوص جب کہ وہ ایقصر ہو، کیونکہ اس معدی حس کے ساتھ مریضوں کے ہوا نکل لینے کا امکان ہوتا ہے۔

اس کا آغاز عموماً نہایت ناگہانی ہوتا ہے۔ مریض کو قے ہونے لگتی ہے جس کے ساتھ وہ بار بار ہرے بھورے یا رمادی سیال کی بڑی مقداریں باہر نکال دیتا ہے۔ کس کے ساتھ معدی تکلیف، درد، اور الیمیت ہوتی ہے۔ شکم عموماً اپنے بائیں اور زیریں حصوں میں بہت پھولا ہوا ہوتا ہے، لیکن شراسیف نسبتاً چپٹا ہوتا ہے۔ صریح حرکت دودی بالکل استثنائی طور پر پائی جاتی ہے (سی۔ تھامپسن کی جمع کردہ چالیس اصابتوں میں سے صرف ایک میں)۔ لیکن گمک، توج، اور چھلکاؤ کی مختلف مقداریں حاصل ہوتی ہیں۔ مریض مہبوط ہو جاتا ہے، اسے پیاس لگتی ہے، پیشاب کی مقدار کم ہوتی ہے، اور قبض ہوتا ہے۔ یہ علامتیں چند روز تک قائم رہ سکتی ہیں۔

موت کے بعد مدہ بے انتہا متمد ہوتا ہے، اور نیچے عائد تک پہنچ کر اپنے اوپر خم کھاتا ہے اور اس کا ایک حصہ اثنا عشری کے طرف دایس لوٹتا ہے۔ بعض اوقات تمدد کچھ دُور اثنا عشری میں بھی پھیل جاتا ہے۔

ہاکس (Box) اور والیس (Wallace) کے مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اتساع جب ایک بار شروع ہو جاتا ہے تو تمدد مدہ شکم میں گر جاتا ہے اور اثنا عشری میں ایک ثنیہ پیدا کر کے اس سے ایک تمدد پیدا کر دیتا ہے، جس کی وجہ سے مدہ سے گیسوں کا خارج ہونا رک جاتا ہے اور اس طرح اتساع میں اور زیادتی ہو جاتی ہے۔ اور گیسیں جتنی زیادہ جمع ہوتی ہیں اتنے ہی زیادہ یقینی طور پر وہ خارج نہیں ہونے پاتیں۔

علاج۔ ایک نلی داخل کر کے مدہ سے کسے مافیہ کو جو کہ بہت دباؤ کے تحت ہیں، نکال لینا چاہئے۔ مریض کو منہ کے بل لیٹنا چاہئے۔ اور بستر کی پائنتی کو اونچا اٹھا دینا چاہئے تاکہ کوئی ثنیات جو موجود ہوں سیدھے ہو جائیں۔

اثنا عشری۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ اساریتی عروق کے ذریعہ نئے تسخنی پیدا ہو کر خواہ اس کے ساتھ اثنا عشری صائمی عوجہ کے قریب شنج ہو یا نہ ہو، تمد پیدا ہو جاتا ہے۔ اثنا عشری کے اتساع کی ایک مزمن حالت غالباً زیادہ شاذ نہیں، اور اُس کے ساتھ سود ہضم کے علامات، تمد و شکم اور صفراوی قے بھی ہوتی ہے، (۲۸)۔

التهاب معدہ

(INFLAMMATION OF THE STOMACH)

حاد التهاب المعدہ

(acute gastritis)

اسباب۔ معدے کا حاد التهاب، یا حاد معدی نازلت مختلف اقسام کے خراش آندوں کے ذریعہ پیدا ہو سکتی ہے۔ معدی التهاب کی شدید ترین قسم قوی صفائی ترشوں یا دوسرے آکالات سے قسم واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ زیادہ عام اصابتیں ناقابل ہضم غذا، مثلاً بجید کا مچھلی، کیکرے یا کھیرے دار مچھلی، یا کچے پھل، یا ایسے گوشت، مچھلی، پھل، سبزی ترکاریوں یا دوسری غذا میں جو سڑنے لگی ہوں کا استعمال کرنے سے پیدا ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 367)۔ چنانچہ یہ مرض گرمی کے موسم میں عام ہوتا ہے۔ شیر خواہ بچے اکثر التهاب المعدہ میں مبتلا ہوتے ہیں، جس کے ساتھ التهاب المعادہ متلازم ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 365)۔ متعدد معدی آندہ کلات، جو حاد معدی قرحہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں، حاد التهاب المعدہ کی ایک قسم ہیں۔

مرضی تشہیح۔ الیکس سینٹ مارٹن (Alexis St. Martin) کی مشہور اصابت میں یہ ثابت کیا گیا کہ غشائے مخاطی کی خراش کے بعد جلد ہی تغیرات نمودار ہو جاتے ہیں۔ سمخ دانے پیدا ہو جاتے ہیں، جو بعض اوقات ریوی مواد سے بھر جاتے ہیں، یا سونخ چکٹیاں، یا غلامی پٹریاں، یا خراشید گیاں موجود ہوتی ہیں۔ معدی کس کا افزائ کم مقدار میں ہوتا ہے، اور مخاط آزادانہ خارج ہوتی ہے۔ بعض اوقات خفیف نرف بھی

واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ اکال تسعم سے جو علامات پیدا ہو جاتے ہیں وہ یہ ہیں :- شراسیف میں حلوہ درد اور الیمیت، خون اور مخاط کی قے، اور ہبوط۔ بارہا اس کا نتیجہ موت ہوتا ہے۔ یہ اماتیں ہمویات کی کتابوں میں بیان کی گئی ہیں۔

حاد التهاب المعده کی اس اصابت میں کہ جس سے زیادہ واسطہ پڑتا ہے، علامات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ حاد سوہضم کے شیرخواروں کے صدی معلیٰ التهاب کا بیان بعد میں درج ہوگا۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تب محرقہ، انفلوئنزا اور التهاب زائدہ دودہ (appendicitis) جیسے امراض کا آغاز حاد التهاب المعده کی صورت اختیار کرتا ہے۔ علاج۔ کچھ عرصہ تک غذا بالکل روک دینی چاہئے۔ ازال بعد غذا اسی قسم کی دینی چاہئے جیسی کہ ہضمی قرص کے بیان میں درج کی گئی ہے۔ درد کے لئے گرم ٹمکیدات یا پولٹیس کام میں لائی جاسکتی ہیں، یا نہایت شدید اماتوں میں مارفیا کا شراب کیا جاسکتا ہے۔ اس دوا سے بعض اوقات مسلسل قے میں افاقہ ہو جائے گا۔ بستہ اور ایک فوارجرہ (ملاحظہ ہو صفحہ 337) یا آیوڈین کے صبیغہ کی ۲ یا ۲ بونیاں ایک چائے کے چمچہ بھر پانی میں ہر نصف گھنٹے سے دینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ حملہ کے شروع میں سیفی عمل (syphonage) کے ذریعہ معدے کو دھو ڈالنا اکثر مفید ثابت ہو۔

حاد تقيحي التهاب المعده (acute suppurative gastritis)

یا فlegمونی التهاب معدہ (phlegmonous gastritis)۔ معدے کی دیواروں کا تقيح ایک نہایت شاذ واقعہ ہے، جو یا تو ایک محدود خراج کی شکل میں یا ایک ریمی دریزش کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے علامات عموماً حاد صموی تسد و (acute intestinal obstruction) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں اور ساتھ ہی شراسیف پر شدید درد ہوتا ہے (30)۔

مزمّن التهاب المعده

(chronic gastritis)

بوجہ اُن سرسبز تغیرات کے جو موت کے بعد معدے میں اُس کا بعد المات ہضم واقع ہو جانے کے باعث رونما ہو جاتے ہیں، یہ مرض انتہائی کجحت و تحقیص کا موضع رہا ہے۔ تاہم موت کے بعد فی الفور شکم کے اندر ۱۰۰ فی صدی فالین کا اشراب کر دینے سے عمدہ تثبیت حاصل ہو سکتی ہے۔ مزمّن التهاب المعده دو طریقوں سے پیدا ہو جاتا ہے :- (۱) جوئے خون کے ذریعہ سے اُن تہی یا ساری علامات سے جو پوری معدی سطح کو ماؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ (۲) بلا واسطہ ایسے مضر عاملات کا غشائے مخاطی پر اثر ہونے سے جو کہ معدہ کے درون میں موجود ہیں۔ یہ اولاً بوابی التهاب المعده (pyloric gastritis) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں (جس سے معدے کا بوابی حصہ ماؤف ہو جاتا ہے) کیونکہ معدے کے مافیہ دوسری کسی جگہ کے نسبت اسی حصہ زیادہ زور کے ساتھ دبائے جاتے ہیں (31)۔

ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک کا وافر افزا ہو، اور یہ افزا کھانا معدہ سے گزر جانے کے بعد بھی جاری رہے۔ بے ترشگی مزمّن التهاب المعده کا آخری نتیجہ ہے۔ معدی بے کیلوسی ("achylia gastrica") کی اصطلاح اس خیال سے رائج ہوئی تھی کہ بعض اشخاص بیعتی طور پر ہائڈروکلورک ایسڈ (HCl) کا افزا پیدا نہیں کر سکتے اور کسری امتحانی غذا کے اعداد و شمار سے یہاں تک پتہ چلتا ہے کہ ممکن ہے کہ م فی صدی تندرست طلباء اس طرح ماؤف ہوں۔ لیکن یہ بعید الفہم معلوم ہوتا ہے کہ معدے کے اندر تندرست مغز ترشہ خلیے موجود ہوں اور اُن کا کوئی فعل نہ ہو۔ مزید برآں اس وقت بھی جب کہ آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ (free HCl) غیر موجود ہوتا ہے، پپسین (pepsin) اور کلورائیڈ کسی حد تک موجود پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۴) اور غالباً تھوڑا فعال ہائڈروکلورک ایسڈ ("active HCl") بھی موجود ہوتا ہے۔ قطع نظر اس کے نبض اصابت میں یہ بے ترشگی حد سے زائد اثناعشری باز روی کے سبب سے ہوتی ہے (14) یا ممکن ہے کہ افزا کو پیدا کرنے کے لئے ایک ایسی امتحانی غذا جو م فی صدی الکحل پر مشتمل ہو دینے کی

ضرورت ہو یا ہستامین (histamine) کے ۵-۱۰ ملی گرام کا اثر ابر کرنے کی ضرورت ہو۔ مستقل بے ترشگی یا بے کیلوسی کوئی فعلی حالت نہیں ہو سکتی۔ لہذا شدید عام دمویت یا سرطان المعده کی غیر موجودگی میں اس حالت سے مزمن التهاب معدہ ظاہر ہوتا ہے۔ یہ ذیابیطس اور گریو کے مرض میں عام ہے۔

اسباب۔ مزمن التهاب معدہ کا ایک خاندانی میلان پایا جاتا ہے۔ بچوں میں حادثہ ساری امراض اور بالخصوص حادثہ ہیٹیمی التهاب سے مزمن خون زاد التهاب المعده پیدا ہو سکتا ہے۔ اور بالعموم میں یہ مختلف حادثہ معوی سرایتوں مثلاً زحیر، حمیات معویہ، التهاب زائدہ دودیہ، نیز ریوی تدرن، گریو کے مرض، پلاگرا، رشیت نما التهاب مفصل اور حمل کے قسمات الدم کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ التهاب المعده کی بوائی قسم ایسی غذا کا جو کہ ٹھیک طور پر تیار نہ کی گئی ہو، ادویہ اور خاص کر الکحل کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔ یہ علامات پہلے تو بائڈر و کلورک ایسڈ کے افزات کی پہچان کرتے ہیں جو ممکن ہے کہ بہ افزا پیدا ہو جائیں۔ اور بعد میں صرف اسی وقت جب کہ التهاب معدہ سارے معدے میں پھیل جاتا ہے بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اعداد و شمار کے لحاظ سے پایا گیا ہے کہ بے ترشگی کی کثرت وقوع عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔

مرضی تشتریح۔ خون زاد قسموں میں ابتدائی التهاب اپنی موجودگی مدور خلیوں کی در ریزش سے ظاہر کرتا ہے جو معدی غد کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد غد مذبول ہو جاتے ہیں اور ان کی جگہ آری کی بافت پیدا ہو جاتی ہے یا بعض مقامات پر غد و کویری ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات معوی سر علمہ معہ جام ناخلیہ اور بلکہ معہ غدد لائبرکو (Lieberkuhn's glands) کے پیدا ہو جاتا ہے۔ جراثیمی التهاب المعده (follicular gastritis) میں مثیل لیمف آساجریات کی نکوین ہوتی ہے۔ ایسے ہی تغیرات بوائی قسم میں بھی واقع ہو سکتے ہیں، لیکن مزید برآں ممکن ہے کہ غشائے مخاطی کی سطح علمہ وار مجر بلکہ ایک باقاعدہ سدائیت ظاہر ہو اور اوپری تاککلات ممیز ہوتے ہیں۔

علامات۔ خون زاد قسم میں عام ترین علامات یہ ہیں:۔ ریخت، قبض یا اسہال یا باری باری سے دونوں زخمی زبان، مذبول حلیوں یا تفرح کے ساتھ جیسی کہ متلف عدم دمویت میں پائی جاتی ہے، تنکان، انخفاص، بے خوابی اور شقیقہ ممکن ہو کہ

سورہضم کی علامتیں بالکل ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان کی موجودگی کا انحصار التهاب کی فعالیت پر ہوتا ہے۔ پاخانہ میں مخفی خون پایا جاتا ہے۔ اس کے برعکس بوابی التهاب المعدہ بالکل ویسے ہی علامات پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ ایک مجاور البواب قرحہ (جو ملاحظہ ہو) کے ہوتے ہیں اور ساتھ ہی ہائڈروکلورک ایسڈ کا افراز معمول کے نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے اور دیگر شکی بلکہ قے الدم موجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں جب معدے کا بوابی حصہ ہضمی قرحہ کے باعث بذریعہ علیہ دور کر دیا گیا ہو تو اس کا خردین سے امتحان کرنے پر پایا جائے گا کہ اکثر اوقات ایک بوابی التهاب المعدہ بلکہ التهاب اثنا عشری موجود ہے، جو اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ ہضمی قرحہ اکثر اوقات محض اسی حالت کی ایک ترقی یافتہ شکل ہے۔ مزمن التهاب معدہ آخری درجوں میں جب کہ بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے، خرد غلوی عدم دمویت (سادہ عدم حامضی عدم دمویت) متلف عدم دمویت، اور خلع شوکی کے تحت الحاد مجموعی اسخلیط کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ یہ سرطان معدہ کی استعداد پیدا کرتا ہے، لیکن یہاں جو وقت پیش آتی ہے وہ یہ ہے کہ بے ترشگی عورتوں میں نسبت زیادہ عام ہے، حالانکہ سرطان معدہ مردوں میں زیادہ عام ہے۔

تشخیص - بے ترشگی کی اہمیت پہلے بیان کی گئی ہے۔ وہ سورہضم جو پیش افراز کے ساتھ متلازم ہو التهاب المعدہ سے، اور بالخصوص اس کی بوابی قسم سے منسوب کیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ اس کے دوسرے اسباب مستثنیٰ کر دئے گئے ہوں۔

علاج - بے ترشگی کے لئے ایک ڈرام ہائڈروکلورک ایسڈ مرقت (acid hydrochlor. dil.) چار اونس پانی میں کھانے کے ساتھ دینا چاہئے۔ سورہضم کے علاج پر پہلے غور کیا جا چکا ہے۔

ہضمی قرحہ

(peptic ulcer)

معدہ اور اثنا عشری کا فرحہ

ترشہمدی اس کے ساتھ عادتاً متناس ہونے والے معاطی اغشیہ پر تفرح واقع ہوتا ہے نہایت امکان ہوتا ہے۔ ایسے قروح کو بہ لحاظ ہولت ہضمی کہتے ہیں، اور ان کی کمی تسبب ہوتی ہیں۔ حاد قرحہ (acute ulcer) جو نہایت عام طور پر متعدد ہوتا ہے،

شکل میں غشائے مخاطی کے ایک چھوٹے سے اوپری تاہل سے لے کر ایک انچ قطر تک مختلف ہوتا ہے۔ مزمن قروح (chronic ulcers) عموماً منفرد ہوتے ہیں اور ان کی بہترین جماعت بندی ان کے محل وقوع کے لحاظ سے کی جاسکتی ہے :- (۱) جسم معدہ میں عموماً انحنائے صغیر پُر اور اگلی سطح کے نسبت زیادہ تر پچھلی سطح پر۔ (۲) معدے کے بوابی حصے میں، عموماً انحنائے صغیر اور پچھلی سطح پر، لیکن پچھلے پر قطعاً بوابی سے پہلے انچ دور رہتے ہیں اور اس سے زیادہ قریب نہیں جاتے۔ (۳) اثنا عشری کے پہلے حصے میں عموماً پیچھے کی طرف۔ اس سلسلہ میں یاد رکھنا چاہئے کہ اثنا عشری کے پہلے حصے کا فعل اس کے دوسرے حصوں کے فعل سے بالکل مختلف ہوتا ہے لیکن وہ معدے کے بوابی حصے سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ مثلاً ترششی کیسوس بواب کی راہ سے اثنا عشری کے پہلے حصے میں دھکیل جاتی ہے، اور جب تک کہ حرکت دودیر کی دوسری موج کچھ اور کیوس آگے کے طرف نہ دھکیلے جو اس کی جگہ لے وہ وہیں ٹھہری رہتی ہے۔ عین بوابی حلقہ پر واقع ہونے والے قروح چنداں عام نہیں۔ جسم معدہ میں کے قروح اکثر ممیز خصائص رکھتے ہیں، اور ان قروح اور بوابی قروح کو کمحض اس وجہ سے کہ یہ دونوں اتفاق سے ایک ساتھ معدہ کے اندر واقع ہوئے ہیں، ”معدی قروح“ کے عنوان کے تحت ایک ساتھ گروہ بند کرنے سے بہت کچھ غلط سمجھ پیدا ہو گیا ہے، حالانکہ بوابی قروح اثنا عشری کے قروح کے ساتھ نسبتاً زیادہ قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ بوابی اور اثنا عشری قروح پر ایک ساتھ مجاور البواب قروح (juxta-pyloric) کی حیثیت سے غور کرنا چاہئے معدہ اور اثنا عشری دونوں کے قروح بیک وقت موجود ہو سکتے ہیں۔

345

اسباب۔ حاد ہضی قروح بے قاعدہ طور پر جا بجا منتشر واقع ہوتے ہیں اور غالباً مرد و عورت دونوں جنسوں میں بالکل عام ہیں۔ لیکن وہ عورتوں میں نسبتاً زیادہ عام ہوتے ہیں اور بالخصوص جسم معدہ کو موقوف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اس مقام کے بعض قروح مزمن ہو جاتے ہیں، اگرچہ ان میں سے بیشتر کافی سرعت کے ساتھ مندمل ہو جاتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ بعد میں وہ پھر پیدا ہو جائیں اور پھر مستدل ہو جائیں۔ اس عمل کا تسلسل یعنی حاد ناکس قروح، ریت گھڑی معدہ (hour-glass stomach) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، اس قسم کا معدہ مردوں کے نسبت

عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے (32)۔ مضمی تفرح عورتوں میں نہایت عام طور پر جسم معدہ کے اندر واقع ہوتا ہے، لیکن مردوں میں وہ نہایت عام طور پر مجاور البواب خطے میں ہوا کرتا ہے اور اس قدر اچھی طرح مندل نہیں ہوتا۔ اسی وجہ سے ہم کہتے ہیں کہ (۱) مزمن اثنا عشری قرحہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چوگنے سے لے کر چھ گنا تک زیادہ عام ہوتا ہے، لیکن (۲) مزمن معدی قرحہ دونوں جنسوں میں تقریباً مساوی طور پر عام ہوتا ہے، کیونکہ بوابی خطے میں مذکر تفرح کی کثرت وقوع سے جسم معدہ کی موٹ کثرت وقوع کی تقریباً تعدیل ہو جاتی ہے اور (۳) قرحی ندبات زیادہ عام طور پر جسم معدہ میں ملتے ہیں (33)۔ حال میں یہ ادواء کیا گیا ہے کہ عورتوں میں اثنا عشری قرحہ معدی قرحہ کی نسبت زیادہ عام ہے، لیکن یہ کہ التهاب المرارہ کے سلسلہ علامات سے اس کی مشابہت پائی جاتی ہے (29)۔ مضمی قرحہ خاندانوں میں واقع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ نہایت اتفاقی طور پر معدی قرحہ آشک کے سبب سے ہوتا ہے۔ بلاد و قعۃ الدم جو نوجوان عورتوں میں اس قدر عام ہے اور جسے معدی فضیض (gastrostaxis) کہتے ہیں، اس قدر قرحہ کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ضررات اکثر اوقات اس قدر چھوٹے ہوتے ہیں کہ انھیں زہنی سادکلات کہتے ہیں اور اس قدر وسیع پھیلے ہوئے کہ ممکن ہے کہ غشاء مخاطی تھخون کا مشعر پیش کرے۔ ایسی حالت میں مزمن التهاب المعدہ کا اشتداد ہو جاتا ہے۔ مضمی قرحہ اور بوابی التهاب المعدہ کا تعلق بیان ہو چکا ہے۔ اثنا عشری قرحہ کا وقوع شیرخوار بچوں میں بھی بیان کیا گیا ہے۔

مضمی تشریح۔ حاد قرحہ۔ ابتدائی درجہ میں ممکن ہے کہ ایک ادیری تنخری ضرر موجود ہو جس کے حاشئے سرخ ہوں اور جو مخاطی طبقہ کی ایک خفیف سی اسٹی ہوئی اور دبیز جکتی پرواق ہو پھر اکتھاف واقع ہو کر اس کے پیندے میں چھوٹے چھوٹے عروق منکشف ہو جاتے ہیں اور یہ پیندے اکثر متغیر خون کی ایک پتلی سیاہ پرت سے ڈھک جاتا ہے۔ جب انمال ہونا ہو تو اس پرت کے جدا ہو کر اتر جانے سے ایک صاف پیندا باقی رہ جاتا ہے۔ یہ قروح ایک سنبہ کی ہوئی شکل کے ہوتے ہیں۔ سنبہ چھوٹے قروح بالکل اُتھلے ہوتے ہیں، کیونکہ وہ صرف مخاطی طبقہ کو ماؤف کرتے ہیں۔ سنبہ بڑے قروح چھید کرتے ہوئے عضلی طبقہ میں پہنچ جاتے ہیں اور ان کی شکل

نہیں نہ ہوتا ہوتا ہے کیونکہ قرحہ جوں جوں زیادہ زیادہ گہرائی تک پھیل کر جاتا ہے اسی قدر وہ زیادہ تنگ ہوتا جاتا ہے۔ مزمن قرحہ عموماً نسبت بہت بڑا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کا قطر ۱۲ انچ تک پہنچ جائے۔ وہ دیوار معدہ میں گہرا پھیلتا ہے۔ التهابی لمبی آسا مادہ کی در ریش ہونے کی وجہ سے اس کی کوریں دبیز اور ابھری ہوئی ہوتی ہیں اور متقرح سطح کے اوپر سایہ کئے ہوئے ہوتی ہیں۔ اور دباؤ سے تھوڑے حاصلہ تک اس پاس کی غشائے مخاطی میں پھیل جاتی ہے۔ جب مزمن قرحہ فعال حالت میں ہوتا ہے تو اس کے پیندے میں اغشائی التهابی ارتشاح کا ایک تنگ منطہ ہوتا ہے۔ جب وہ حالت اندمال میں ہوتا ہے تو عیشہ علحدہ ہو کر قرحہ کا پیندہ صاف ہو جاتا ہے اس کے حاشیہ نسبت زیادہ چٹے ہو جاتے ہیں اور سطح اندر کے طرف بڑھ کر پیندے پر آ جاتا ہے۔ قرحہ نغن میں غل اندمال ٹہرا ہوا رہتا ہے۔

جب یہ تقرح باریطون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون بھی شتاب واقع ہو جائے۔ یہ اشتخاب معدہ اور اثنا عشری دونوں کی پھیلی دیوار پر بہ نسبت اگلی دیوار کے زیادہ عام ہے۔ حشائی فافہ کہفہ باریطونی میں داخل ہو جاتے ہیں اور شدید عام التهاب باریطون یا ایک زیادہ محدود المقام بھوڑا پیدا کر دیتے ہیں اگر د معدی خراج: perigastric abscess یا نریں ڈانفرامی پھوڑا subphrenic abscess: (ملاحظہ ہو صفحہ 416)۔ اب یہی پھوڑا ممکن ہے ڈانفرام کو چھید کر ذات الریہ ذات الجنب یا التهاب تار مور پیدا کر دے یا ممکن ہے کہ یہ قولون یا اثنا عشری میں چھید کر دے یا بھر ممکن ہے کہ یہ عام کہفہ باریطونی میں پھوٹ پڑے۔ مزمن اشتخاب کی اصطلاح اس قرحہ کیلئے استعمال کی جاتی ہے جو ایک وقت میں پھوڑا تھوڑا کر کے پھوڑا تک کہفہ باریطونی کے اندر ٹپکا رہتا ہے اس سے انفصامات بن کر خاص کہفہ باریطونی کے ساتھ مواصلت منقطع کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ انفصامات اس قدر کثیف ہوں کہ سرطان کا گمان پیدا کر دیں۔ معدہ اس قرحہ کی راہ سے ایک بڑے کہفہ سے مواصلت حاصل کر لیتا ہے جو معدے سے باہر ہوتا ہے اور بعض اوقات تاجہ صغیر کے مشیر حصے پر شامل ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ التهابی غل اصل سطح تک پھیلتا ہے اور اس سے پہلے کہ اشتخاب واقع ہو سکے معدے کو متصلہ اعضا میں سے کسی ایک کے ساتھ چپکا دیتا ہے۔ یہ عضو مشیر

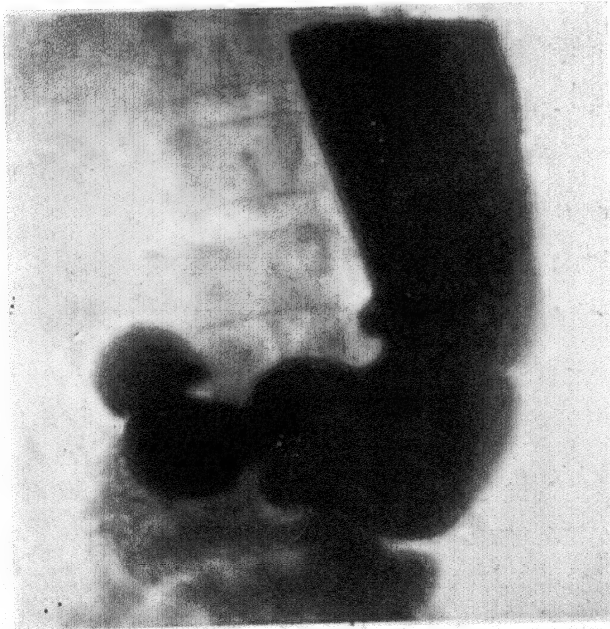
اوقات لبلبہ یا جگر کا بایاں لختہ ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی ڈانفرام طحال، قولون، اگلی دیوار شکم، بلکہ فوق الکلیوی کیسہ کے ساتھ بھی انضمام واقع ہو جاتا ہے۔ پھر تفرجی عمل اس بھی چیلے ہوئے عضو کے اندر پھیل جاتا ہے اور اس طرح ممکن ہے کہ جگر اور لبلبہ کے اندر کھپے بن جائیں۔ نہایت شاذ اصابتوں میں قولون کے اندر یا جلد کے آر پار ناسور پیدا ہو سکتے ہیں۔ نرف ایک عام واقعہ ہے، جو بیشتر ان معدی عروق میں سے ہوتا ہے جو قرحہ کی دیوار میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات لبلبہ کے ساتھ انضمام ہونے اور اس کا قرحہ واقع ہونے کے بعد طحالی شریان سے بھی نرف ہوتا ہے۔

لیکن بہت سے قرحے بالکل اچھے ہو جاتے ہیں، چنانچہ اکثر چھوٹے چھوٹے ندبات پائے جاتے ہیں۔ یہ اکثر مشکل سے نظر آتے ہیں، اور بار بار امتحان بعد المات میں نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ نسبت بڑے ندبات جو دبیز اور تھیری دار ہوتے ہیں، خود بھی بے انتہا تکلیف کا باعث ہو سکتے ہیں۔ مثلاً بواب کے مقام پر یا اس کے قریب وہ اپنے انقباض سے ضیق اور اس کی وجہ سے اتساع معدہ کا پیدا کر سکتے ہیں۔ اگر وہ بوابی ہرے کے قریب ہوں تو ممکن ہے کہ معدہ منقبض ہو۔ بعض اوقات ایک مریت گھڑی انقباض قرحہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ گہرے معدی انضمامات بعض اوقات درد اور کمخیاوت کے احساسات پیدا کر دیتے ہیں۔ سرطان کے ساتھ معدی قرحہ کے تعلق پر صفحہ 353 پر غور کیا گیا ہے۔

امراضیات - بولٹن (Bolton) نے ایک مخصوص معدہ سمی مصل تیار کر کے اور معدے کی باریطونی سطح کے نیچے اس کا اشراب کر کے حیوانات میں تجربہ قرحہ پیدا کئے۔ اشراب کا نتیجہ یہ ہوا کہ خلیات حیویت رلودہ ہو گئے اور معدے کے ہائڈروکلورک ایسڈ نے ان خلیات کے ہضم میں حصہ لیا، جس سے ایک حاد قرحہ بن گیا۔ جب معدی مافیہ کو قلعوی رکھا گیا تو قرحہ نہ بنا۔ انسان میں قدرتی طور پر واقع ہونے والے قرحہ کی توجیہ بھی اسی اصول کے مطابق کی جا سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے کئی مختلف عاملات ہوں جو بولٹن کے معدہ سمی مصل کا عامل کرتے ہوں، مثلاً سدائیت جو کسی دوسرے مقام پر کے عفونی مراکز، مزمن طور پر تھب زائدہ دودھ یا مرارہ، عفونی دانٹوں، یا وسیع اور صراحت زدہ احتراقات کی وجہ سے پیدا



الف۔ مری کے زیرین سرب پر کا عطضہ۔ مریض حیت یڑا ہے۔



ب۔ انخنا، صغیر پر معدی قرح جو کہ ایک طاقتو کے ذریعہ دکھایا گیا ہے۔ کچھ مقابل شیخ
موجود ہے۔ (شعاع بنگا شیتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

ہو جائے۔ یا چھوٹے عروق کی وریدی طہقیت یا نزف، جو بعض اوقات بائی تدو کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ شاذ موقعوں پر ممکن ہے کہ معدہ براہ راست کسی چوٹ سے زخمی ہو جائے، یا ایک اولیٰ بوابی التهاب المعدہ موجود ہو۔ ہائڈروکلورک ایسڈ اور پیمپین تنخیزی بافت کو ہضم کر کے قرعہ پیدا کر دیتے ہیں۔ قروح بولٹین جو تجربہ پیداکے گئے، باسانی چند ہی ہفتوں میں اچھے ہو گئے۔ جب ان قروح کو جراثیمی کاشتوں سے سرایت زدہ بنانے کی کوشش کی گئی، یا جانور کو عظیم الدم بنانے کے لئے اس کا خون نکال لایا، تو اندمال کی شرح میں بہت کم تبدیلی ہوئی۔ لیکن جب ان جانوروں (ہلیوں) کو دودھ کے بجائے گوشت کی غذا دی گئی، یا بواب کی کسی قدر مدد دی پیدا کی گئی، تاکہ معدہ خالی ہونے میں تاخیر ہو جائے تو اندمال واقع ہونے میں واضح طور پر تاخیر ہوئی۔ بندروں میں ہائڈروکلورک ایسڈ دینے سے اندمال میں کی قدر تاخیر ہو گئی، اور بواب کو جزو مدد کر دینے سے یہ تاخیر نمایاں طور پر زیادہ ہو گئی۔ اس میں شک نہیں کہ انسان میں بہت سے قروح کافی سرعت کے ساتھ اچھے ہو جاتے ہیں، لیکن ان کی کچھ تعداد ایسی ہے جو کہ قائم رہتی ہے اور بتدریج متغیر ہو کر مزمن قرعہ بن جاتی ہے، جس کو ممکن سبب ہو سکتے ہیں :- (۱) ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اس تغیر کے پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہو۔ لیکن مجاور البواب قرعہ کی حالت میں معدی صامی تغیر (gastro-jejunosomy) کا عملیہ معدی رس کے ہائڈروکلورک ایسڈ میں بہت کم تغیر پیدا کرتا ہے، اور ان مشاہدات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عامل کوئی بڑی اہمیت نہیں رکھتا (39) (۲) معدی دیوار کے تناؤ کی زیادتی بھی عام ہے، جو درو یا تکلیف کے احاسات پیدا کر دیتی ہے، اور یہ حرکات، جو کہ غالباً عضلات عاصہ کی مدد دی یا بالائی غندالی خطے کے مختلف حصوں کے ششجات یا مزمن اثنا عشری ایلاؤس (chronic duodenal ileus) (40) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ یہ بھی زیادہ اہم عامل ہوں، کیونکہ نسبتہ بلند درجہ کے دباؤ کے اندراجات حاصل ہوئے ہیں (۶)۔ ممکن ہے کہ ایک دائرہ فاسدہ قائم ہو جائے، یعنی اولاً قرعہ بلند تناؤ پیدا کر دیتا ہے، اور وہ اس کے اندمال کو روکنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اس طرح عمل کرتا ہو کہ وہ بواب کی معکوس مدد دی پیدا کر کے اس طرح میکانیکی عامل کو زیادہ شدید کر دیتا ہو۔

بالآخر یہ حقیقت بیان کر دینا ضروری ہے کہ لوذتین اور مختلف منابع سے سرت قبشیت والے نبقات سبجیہ کی ایسی نہیں جدا کی گئی ہیں جن کے ویدی اشارات جانوروں میں ہستی قرحہ پیدا کر دیتے ہیں اور انسان کے قرحوں میں بھی یہی دقیق عضویہ دستیاتی طور پر موجود ہوتے ہیں چنانچہ معلوم ہوتا ہے کہ جس طرح تپ محرقہ کے عیشیے آنت پر حملہ آور ہوتے ہیں اسی طرح یہ بھی معدے اور اثنا عشری کے لئے ایک نوعی الف رکھتے ہیں۔ اس مظهر کو انتخابی تجیز (elective localization) کہتے ہیں (41)۔

مضنی قرحہ کے ساتھ التهاب زائدہ دود یہ اور التهاب مرارہ ہنزاں طور پر موجود ہو سکتے ہیں (شکلی مثلث) اور تینوں اضرار سے ایک ہی نبقہ سبجیہ تفرید کیا گیا ہے (29)۔

علامات - حاد قرحہ - متعدد اصابتوں میں پہلی دلالت قرحہ سے نزف ہونے کی وجہ سے ہو ا کرتی ہے۔ معدی قرحہ کی اصابتوں میں اکثر اس سے قحی الدم یعنی خون کی قحی ہو جایا کرتی ہے اور ممکن ہے کہ خون خالص ہو یا معدی مافیہ کے ساتھ مخلوط ہو۔ مریض کو غشی سی محسوس ہوتی ہے، شرا سیف میں ضیق کا احساس ہوتا ہے، اور چند منٹ میں خون کی قحی ہو جاتی ہے جس کی مقدار ایک یا دو پینٹ تک ہو سکتی ہے۔ معدے کے اندر نکلے ہوئے خون میں سے کچھ آنت کے اندر پہنچتا ہے، اس کی ہیموگلوبین (haemoglobin) متغیر ہو کر ہیماٹین (haematin) اور ہیماٹوپورفائرین (haematoporphyrin) بن جاتی ہے اور پھر جوا جابٹیں ہوتی ہیں وہ سیاہ راب جیسی یا تار کول جیسی ہوتی ہیں۔ اسی حالت کا نام براز دم الاسود (melana) ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی اجابٹیں قحی الدم کے موقوف ہو جانے کے چند گھنٹوں بعد ظاہر ہوں۔ خالص خون کی قحی آنا شاذ ہی ہلک ہوتا ہے۔ عموماً وہ بکلم موقوف ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ مکرر نہ ہو۔ خون کے نقصان کی وجہ سے شدید وجہ کی عدم دمویت اور کمزوری ہو جاتی ہے۔ اثنا عشری قرحہ میں قحی الدم کا ہونا بھی ممکن ہے۔ لیکن رجحان یہ ہوتا ہے کہ خون کا بیشتر حصہ براہ معاشقیم براز دم الاسود کے طور پر خارج ہوتا ہے۔ نزف کے علاوہ مضنی قرحہ سوڈر معجم کے علامات پیدا کر سکتا ہے جن کا آغاز حاد ہوتا ہے۔ ان علامات کے ساتھ شاید معدی افزا کی اطالت بھی ہو جاتی ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (صفحہ 335 پر)۔ قرحہ کے

۱ انشقاب سے شاذ ہی اس کی موجودگی کی پہلی دلالت حاصل ہوتی ہے۔

جسم محلہ کے مضمون قرحہ کا متمیز خاصہ دس دس ہے جو غضروف خنجر کے عین نیچے، ثنایہ میں گہرائی پر محوس ہوتا ہے، یا بعض اوقات ناف سے زیادہ قریب، یا خط درمیانی سے دائیں جانب کو یا بائیں جانب کو، اور بائیں کے نسبت دائیں جانب کو زیادہ کثرت سے۔ یہ ادخال غذا سے پیدا ہو جاتا ہے، اور کھانے کے نصف گھنٹے بعد سے لے کر دو گھنٹے بعد تک شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قے ہونے تک شدت کے ساتھ جاری رہے اور قے سے اس میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے، یا اس وقت جب کہ غذا معدے کو چھوڑ کر آگے جاتی ہے اس میں افادہ ہو جاتا ہے۔ درد کی نوعیت، ناخسریا ناقب یا سوزشی ہوتی ہے اور یہ کسی دو برسے معدی عارضہ کے نسبت اس مرض میں زیادہ شدید نوعیت کا ہوتا ہے۔ بعض اوقات پشت میں آٹھویں ظہری اور دوسرے قطنی فقرات کے درمیان بلکہ پیشانی پر بھی درد ہوتا ہے۔ درد کے ساتھ ہی، اور اکثر اوقات درد کے رفع ہو جانے کے بعد بھی کچھ تھوڑے عرصہ تک جلدی بیش حسیت دیکھی جاتی ہے، یا اگر جلد میں ہلکی سی جھلکی بھری جائے تو تکلیف معلوم ہوتی ہے۔ سوزش سینہ (ملاحظہ ہو صفحہ 336) کیقدر عام ہوتی ہے، لیکن گرسنگی کے در و صرف ایک چوتھائی اصابتوں میں ملتے ہیں۔ مگر معدے کے بالکل خالی ہو جانے میں اکثر تاخیر ہوتی ہے، اگرچہ ابتداً جلد ہی معدے سے باہر چلی جاتی ہے (33)۔ ہائڈروکلورک ایسڈ کا امسر از طبعی پایا جاتا ہے (39)۔

مؤمن مجاور البواب قرحہ۔ درد کی نوعیت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ پہلے بیان کی گئی ہے۔ لیکن بعض اوقات درد ناف کے دائیں جانب محوس ہوتا ہے، اور وہ غذا کے دو تین یا چار گھنٹے بعد شروع ہوتا ہے، یا مریض کو علی الصبح جگا دیتا ہے۔ یہ درد کچھ غذا لینے سے کم ہو جاتا ہے، سیواسطے اس کو دس دس گرسنگی کہتے ہیں۔ اس مرض کی اصابتیں دو قسموں کی ہوتی ہیں:۔ (۱) جب کہ بواب آزادانہ طور پر کھلتا ہے اور معدہ جلد ہی غذا کو خارج کر کے خالی ہو جاتا ہے۔ سکونی میں کی نمایاں بیش تر شکی ہوتی ہے، جو شاید اثنا عشری قرحہ کی حالت میں نمایاں ترین ہوتی ہے، اور معدہ خالی ہو جانے کے بعد نہایت تیز تر شکی اس کا افزا طویل عرصہ تک ہوتا رہتا ہے۔ (۲) جب کہ بواب

ابتداءً تو آزادانہ طور پر کھلتا ہے، لیکن بعد میں اس کا شنج ہو جاتا ہے۔ یہ بوابی ضیق کا ابتدائی درجہ ہے۔ معدی کس کا ہالڈ روکلوک ایک ڈانک چڑھتا ہوا منحنی ظاہر کرتا ہے، اور اس کے ساتھ بھی طویل عرصہ تک افزائش اور بیش تر شنجی پائے جاتے ہیں۔ لیکن ممد کے خالی ہونے میں دیر ہو جاتی ہے، اور قے کا ہونا عام ہے۔ جب کوئی بڑی شریان مستاکل ہوگئی ہو تو ممکن ہے کہ نرف شدید ہو یا ہملک ہو جائے۔ اس حالت میں قے کئے ہوئے خون میں اس کی شریان کی چمک باقی رہتی ہے۔ ممکن ہے کہ علامات میں تخفیف ہو جائے لیکن سرگشت اس قدر طولانی نہیں ہوتی جس قدر کہ جسم ممد کے قرحہ میں، کیونکہ آغاز پذیر بوابی ضیق کی وجہ سے علامات عموماً شدید تر ہو جاتے ہیں اور اساسی علاج کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔

مزمن ہضمی قرحہ میں دو سرے وہ علامات بھی جو مزمن سوء ہضم کے تحت بیان کئے گئے ہیں [جیسے کہ زحیمیت (flatulence) اور تمدد (distension)] عموماً موجود ہوتے ہیں۔ مسلسل درد قے کی وجہ سے غذا کا تشل ناقص ہونا اور نقصان خون قدرتی طور پر جلد یا دیر سے مریض کی عام حالت کو کمزور کر دیتے اور عدم دمویت پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن بخار نہیں ہوتا، زبان صاف ہوتی ہے، اور جھوک اکثر نہایت اچھی ہوتی اور تسلی غیر موجود ہوتی ہے۔ تاہم قبض اکثر ہوا کرتا ہے۔ امتحان شکم سے عموماً کچھ ظاہر نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ شکم کی دیواروں کی کچھ سختی موجود ہو یا وہ تنی ہوئی ہوں۔ صرف ایسے پراسنے قرحوں میں جن میں دبا زت زیادہ ہوگئی ہو یا دوسرے اعضا کے ساتھ انضمام ہو گیا ہو، سلعہ ایسی کوئی چیز محسوس ہو سکتی ہے۔ اور اگر بوابی ضیق پیدا ہو جائے تو ممکن ہے کہ شنج ممد شمانعت کیا جائے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶) اور مری حرکت دوید موجود ہو۔

348

تشخیص۔ قے الدم کے مریض میں جہاں نرف ہی واحد علامت ہو، ساری مبادیہ الیہ حادثہ قرحہ کی تشخیص قائم کرنے سے پہلے کہبت جگر (cirrhosis of the liver) اور طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کا خیال ضرور کر لینا چاہئے۔ قے الدم کو نفث الدم کے ساتھ یا کسیر کے بعد واقع ہونے والی خون کی قے کے ساتھ خلط ملط نہیں کر دینا چاہئے۔ مزمن ہضمی قرحہ کے ساتھ جن شکایتوں کے خلط ملط ہو جانے کا

امکان ہو کر تا ہے وہ یہ ہیں، سو، ہضم کے مختلف اقسام جو پہلے بیان کئے گئے ہیں، سرطان اور مزمن التهاب زائدہ دود یہ (زائدی سوہضم، appendix dyspepsia) یا وہ سوہضم جو حصوات صفراویہ (gall stones) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔

ایک ایسی امتحانی غذا سے جو ”آزاد“ یا ”فعال“ ہائڈروکلورک ایسڈ کا بلند ارتکاز ظاہر کرے، مجاور البواب قرحہ کی تائید ہوتی ہے۔ اس غذا میں خون کی نہایت خفیف سی مقدار کی موجودگی نہایت معنی خیز ہے، گو کہ ممکن ہے کہ وہ غشائے مخاطی کی خفیف سی اُس ضرب سے پیدا ہو گئی ہو جو نلی سے واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن پانچانوں میں نخی خون کی اور برازی خلاصہ میں ہیما ٹوپور فرین کے طیف کی موجودگی معدی یا اثنا عشری قرحہ کی تائید میں ایک قیمتی شہادت ہے۔

مزمن معدی قرحہ کی تائید میں سب سے زیادہ قیمتی شہادت غیر شفاف غذا کھانے کے بعد لاشاعوں کے ذریعہ سے ماہل ہوتی ہے۔ انٹائے صغیر کے قریب مدے کی کور پر ایک چھوٹا ابھار ایک قیف یا پھیلی کی شکل میں نکلا ہوا نظر آتا ہے (جسے طاقچہ یا عطفہ کہتے ہیں) (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۳ ب)۔ اس ابھار کا انحصار قرحی کہفہ کے اندر معدی نافیہ کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ اور اگر عمل اندمال میں وہ کہفہ مٹ رہا ہے تو یہ ابھار نہیں نظر آئیگا۔ مدے کی پھیلی سطح پر کا قرحی کہفہ اُس وقت نظر نہیں آئے گا جب کہ معدہ بھرا ہوا ہو۔ اسکی تشخیص کے لئے یہ ضروری ہے کہ جب مریض پہلا نوالہ کھا چکے تو دیوار شکم کو ہاتھ سے اس طرح سہلا دیا جائے کہ کھایا ہوا غیر شفاف مادہ دیوار معدہ پر پھیل جائے۔ اس میں کچھ مادہ قرحی کہفہ میں چپک کر اُس کو نمایاں کر دے گا۔ سب میں نہیں مگر بعض اصابتوں میں یہ ابھار انٹائے کبیرہ کے ایک گہرے دندانے یا کٹاؤ یا تلہہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جو اُسی لیول پر یا اُس سے کسی قدر اوپر یا نیچے ہوتا ہے اور شنج کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ محدود المقام دردناک نقاط بھی ہوں۔ ممکن ہے کہ بلا ابھار کے یہ دندانہ ہنہاری نظر آئے اور اس کا محل وقوع متقل رہے جب کہ علامات پر سے یہ نتیجہ نکالا جائے گا کہ قرحہ مندل ہو گیا ہے۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ یعنی بافت کے جھاو کی وجہ سے یہ تشوہ متقل ہو جائے اور ایک ندبی مریت گھڑی محلہ لا پیدا ہو جائے۔ یہ دندانہ اثنا عشری قرحہ یا التهاب زائدہ دود یہ کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے، لہذا یہ

بذات خود معدی قرحہ کا شخص نہیں۔ یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ معدے کے خالی ہونے میں کتنا وقت لگتا ہے، تاکہ بوابی شنج اور اسی طرح مذی بوابی منیق کا پتہ لگ جائے۔ مثبت تعامل وازرسن سے یہ اشارہ ہوگا کہ معدی قرحہ آشکی ہے، چنانچہ دوسرے مناسب طبی علاج کے علاوہ دافع آشک تذابیر اختیار کرنا چاہئے (38)۔

مزمن اثنا عشری قرحہ کی تشخیص اثنا عشری کلاہ کے لاشعاعی منظر سے کی جاسکتی ہے۔ اگر غیر شفاف غذا کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ دے دیا جائے تو یہ کلاہ بہترین دکھلائی دیتی ہے۔ اس قرحہ کی شکلیں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں، کیونکہ ان کا انحصار کچھ تو قرحی کہف پر ہوتا ہے اور کچھ عضلی طبقہ کے شنج پر (ملاحظہ ہو صفحات ۲۴ اور ۲۵)۔

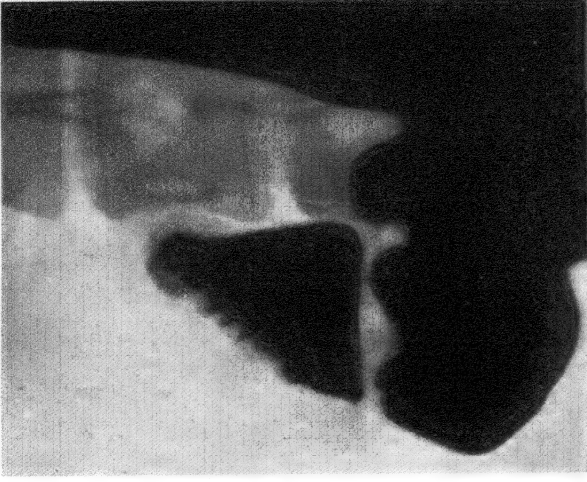
اثنا عشری کے عطفات، لاشعاعوں سے نظر آتے ہیں، اور نسبتاً عام ہیں۔ قرحہ سے ان کو تمیز نہیں کیا جاسکتا اور بلاشبہ بعض اصابتوں میں وہ مندل شدہ قرحات ہی ہوتے ہیں۔ تاہم علامات اکثر اوقات قرحہ کے علامات سے ملتے جلتے ہیں۔ پاکٹ، بالعموم ایک انگلی کی نوک کی جاست رکھتا ہے، اور حصہ اول اور حصہ دوم کے اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حصہ دوم اور حصہ سوم میں اور معاریں واقع ہو، لیکن یہاں اس کا علامات پیدا کرنا اس قدر عام نہیں ہے۔ مراہ کے ساتھ انضمام ہونا اور حصہ دوم اور حصہ سوم کے اتصال پر مروڑ پڑنا، عطفات سے ملتے جلتے مستناظر پیدا کرتا ہے (34)۔

انذار۔ مزمن معدی قرحہ کی ۱۵۰ اصابتوں اور مزمن اثنا عشری قرحہ کی ۲۰۰ اصابتوں پر ایک ساتھ غور کر کے ان کے سبب موت کا تجزیہ کیا گیا تو ظاہر ہوا کہ ۱۵ فی صدی میں موت کا سبب انتحاب ہے، جو معدی قرحہ کے نسبت اثنا عشری قرحہ کی حالت میں زیادہ عام تھا۔ ۹ فی صدی میں نزف، ۵ فی صدی میں طویل تردد کے اثرات، سرطان وغیرہ، ۱۰ فی صدی میں عملیہ کے نتائج، بالخصوص ریوی پیچیدگیاں سبب موت ہیں، اور ۱۰ فی صدی میں موت کے سبب کا قرحہ سے کوئی تعلق نہیں (37)۔

حاد قرحہ میں نزف اگرچہ عام ہے لیکن وہ شاذ ہی ہلک ہوتا ہے، اور انتحاب بھی شاذ ہے۔ مزمن قرحہ میں نزف ہلک ہو سکتا ہے اور انتحاب کا ہونا غیر معمولی نہیں لیکن ان پیچیدگیوں سے پہلے تقریباً ہمیشہ شدید درد ہوتا ہے



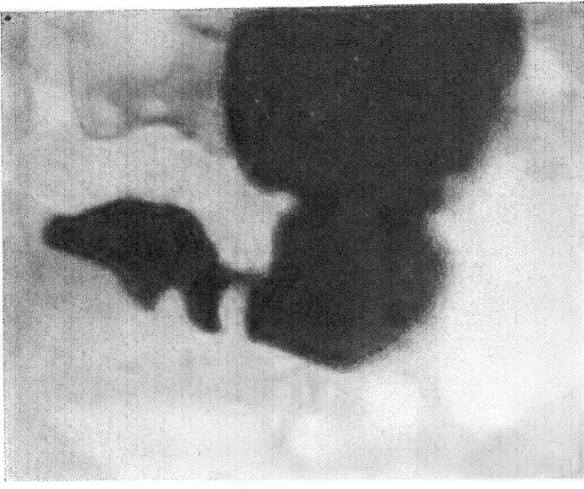
ایک شعاع مجھاشت جو کہ تقریباً کی وجہ سے نہایت ہی چھوٹی مسوہ آتنا عشق کا اظہار کرتی ہے۔ آتنا عشق اور صاف کی گئی لیاں اپنے نگوارا کے رے کے ذریعہ نظر آتی ہیں۔ گول آنا ایک ساجیس میں ایک حرکت دوی موج ہے۔ مسوہ کا ہوا ہی حصہ غما کر آتا ہے۔ (مسوہ ڈیو لڈنڈن سے لاک کے لئے بونے مضمون سے)



ایک شعاع مجھاشت جو کہ ایک طبعی آتنا عشق کا اظہار کرتی ہے۔ بکلاہ شکل میں مثلاً ہے اور اس کے نیچے مسوہ کا ہوا حصہ۔ ایک حرکت دوی موج کے دکھائی دیتا ہے بکلاہ کا لالی دایاں کندہ نگوارا نظر آتا ہے تو کہ آتنا عشق کی مسوہ کی حصے کی دیوار یہاں مرئی پائی جاتی ہے۔



ب
ایک شعلہ نگاشت جو کہ آتشاغشی ترمنہا کر تہی ہے۔ آتشاغشی کلا و ایک تہی کہ ہند کی موجودگی کے باعث شعلہ ہے جس کے ساتھ شیخ اور شایدا نادب بھی موجود ہے۔ معدہ کا لوانی حصہ بھی ظاہر کیا گیا ہے۔ (مسٹر ڈیوڈ لڈلے لاک کے لئے ہونے والوں سے)



الف
ایک شعلہ نگاشت جو کہ تہی کی وجہ سے شعلہ آتشاغشی کلا ہوا کر تہی ہے۔ ایک حرکت دہی مومہ کے ہوا ہوا ہے۔
پرسے گورہی نے آؤغدا تنگ ہوا ہوا تنال کے اندر سے گورہی ہے۔

جو کچھ مدت تک رہتے ہیں۔ یہ کس امر کی دلالت ہے کہ موثر علاج ضروری ہے۔ درد کی عدم موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ قرعہ مند مل ہو رہا ہے اور ایسی صورت میں یہ پیچیدگیاں پیدا ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے۔ ایسے حالات کبھی تحت جن سے علامات اور بالخصوص درد کے زائل ہونے میں مدد پہنچتی ہو، بڑی سے بڑی جسامت کے مزمن قروح کا اندازہ واقع ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اس عمل میں ہسیخوں لگ جائیں۔

علاج۔ مقاصد علاج میں سے اہم ترین یہ ہے کہ معدے کو حتی الامکان آرام دیا جائے۔ مریض کو چاہئے کہ بستر پر لیٹ جائے، تمباکو نہ پیئے، اور چند ہفتوں بعد تک ورزش بھی صرف تھوڑی ہی کرے۔ معدے کو آرام دینے کی کوشش کا قدیم طریقہ جس میں مریض کو گٹا تا ہفتوں تک منہ کی راہ سے کوئی غذا لینے کی اجازت نہ دی جاتی بلکہ اس کے بجائے براہ معارف متقیم غذا پہنچائی جاتی، اب ترک کر دیا گیا ہے۔ خالی معدے کے مشہور انقباضات گرسنگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ وہ علاج ایک مغالطہ پر مبنی تھا۔ معدے کو آرام دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ غذا ایک وقت میں تھوڑی لی جائے اور کثیر الوقوع وقفوں کے ساتھ لی جائے۔

دن کے وقت مریض کو ہر گھنٹے یا دو دو گھنٹے کے فاصلوں سے غذا دی جاتی ہے، لیکن شب میں کامل آرام دیا جاتا ہے۔ غذا کی خاص چیز دو وہ ہوگی، اور اس کے ساتھ کچے انڈے بھی ملائے جاسکتے ہیں، بشرطیکہ مریض انہیں برداشت کر سکے۔ رائب (junket) اور بالائی، اراروٹ، کسٹرڈ، آلو، یا آرٹی چوک پوری (Artichoke puree) غذائے بخیر (Benger's food) نسخہ منقہ کی جیلی اور تازہ پھل کا رس بھی علاج کی ابتداء ہی سے دے سکتے ہیں۔ کچھ عرصہ بعد مٹی چائے، پتلی روٹی (bread) اور مکہ اور ٹوسٹ، پیسی ہوئی مچھلی، چوزے کا قیمہ، اور گوشت کا قیمہ بھی شامل کیا جاسکتا ہے۔ خاص کھانے سے پہلے روغن زیتون کا آدھا اونس دیدیا جائے۔ الکحل اور تمباکو نوشی کی اجازت نہ دی جائے۔ مریض کو کسی وقت بھی بھوک نہ لگنے پائے۔ مثلاً رات کو جاگ اٹھنے پر ایک بار زائد غذا کی ضرورت ہونا ممکن ہے۔ درد، استواری یا خانوں کے مخفی خون اور قرعہ کی لاشعاعی شہادت کے جلتے رہنے کے

چودہ روز تک بستر میں لٹا کر علاج جاری رکھنا چاہئے۔

بعضی قرعہ کے علاج میں قلویات (بالخصوص سوڈیم بائی کاربونیٹ) بہت مستعمل ہیں اور طریقہ سپیپی (Sippy's method) میں متواتر مقادیں ویکرمعدی باقیہ کو ہمیشہ قلوئی رکھنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں اتنی قلی دی گئی ہے کہ جو التهاب گردہ اور بول دمویت پیدا کرنے کے لئے کافی ثابت ہوئی (42)۔ اس امر کے متعلق کہ آیا معدی رس کا ترشہ فی الحقیقت مزمن قرعہ کو تازہ رکھنے کا سبب ہو سکتا ہے پہلے ہی شبہ ظاہر کیا گیا ہے۔ بہر صورت زیادہ معقول طریقہ یہی ہوگا کہ چربی بالائی یا روغن زیتون وغیرہ کی صورت میں دسے کر بیش تر شلگی کا رد عمل کر دیا جائے۔ راقم الحروف کا طریقہ صرف دو سفوف استعمال کرنے کا ہے، یعنی پری پیروڈچاک (prepared chalk) اور ایک آمیزہ میگنیشیم کاربونیٹ (magnesium carbonate) اور پری پیروڈچاک کا۔ ان دونوں میں سے کسی کا ایک ٹی سپون فل پانی یا دو دو میں ہر کمانے کے بعد اور اس سے ڈگنی مقدار تب میں سب سے آخری چیز کے طور پر لینا چاہئے۔ دوسرے سفوف کا استعمال زیادہ بار کر کے امعاء کے فعل کو باقاعدہ بنا لیا جاتا ہے۔ ان ادویہ کا مفید عمل درد اور ساتھ ہی سوزش سینہ میں تخفیف پیدا ہو جانے سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تخفیف اس وجہ سے ہو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) آزاد ہو جاتا ہے۔ اور جب کم تر شلگی موجود ہو تو ساتھ ہی قدرے سائٹرک ایسڈ (citric acid) تجویز کر دینے سے نہایت کامیاب نتائج حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ہمارا مقصد یہ ہونا چاہئے کہ مریض کو طویل عرصہ تک درد اور تکلیف سے بچایا جائے، اور اس طرح قرعہ بھی بتدریج مندل ہو جائے گا۔ درد کے علاج کے لئے دوسری دوائیں یہ ہیں: پنچسیر بیلادونا۔۔۔ قطرے اور ایٹروپین کے اشروبات بقدر پہ گریسن، امیون تھوڑی مقداروں میں، خلاصہ یا صغنیہ کی شکل میں، یا لائیکر مارفینی ہائیڈروکلورائیڈ (liquor morphinae hydrochloridi)۔ ایاہ قطرہ کی مقداروں میں۔ شدید اصابتوں میں تحت الجلدی اشراب استعمال کیا جاسکتا ہے، مگر جوں ہی کہ افادہ حاصل ہو جائے عمل علاج بذریعہ امیون کو موقوف کر دینا چاہئے۔ شراسیف پر مقامی لاسقات کا استعمال کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں جن میں متذکرہ بالا طبی علاج سے

درد اور تکلیف جلد و غ نہ ہو جائیں، ایک اثنا عشریٰ انبوبہ کے ذریعہ سے غذا پہنچانا پڑے یہ انبوبہ ایک وقت میں ایک ہفتہ کے لئے اسی وضع میں رکھا جاتا ہے، اودیہ بالخصوص مزمن معدی قرعہ کی حالت میں قابل استعمال ہے۔

350

اگر بکثرت زرف واقع ہو تو مریض کو مارفیا کے زیر اثر آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے، اور کیلشیم کلورائیڈ (calcium chloride) ایک گرمین .. قطرے پانی کے اندر کا دروں عضلی اثر اب کیا جاسکتا ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۵)۔ ایک معدی انبوبہ داخل کر کے مافیہ معدہ کو سینوران کے آلہ تفریح (Senoran's evacuator) سے خارج کر کے معدے کو یا تو برف جیسے ٹھنڈے پانی سے یا ۲۰ درجہ فارن ہائٹ والے پانی سے دھو ڈالنا چاہئے، تاکہ وہ متہیج ہو کر منقبض ہو جائے۔ ایڈری نالین (۱۰۰۰ میں ۱ والے محلول کے ۲ تا ۳ قطرے) معدے کے اندر رہنے دینا چاہئے۔ زرف موقوف ہو جانے کے بعد چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا انہیں کھانی چاہئے، مگر پانی پیا جاسکتا ہے، جس کی مقدار ایک وقت میں ۵ اونس سے زائد نہ ہو۔ شریف کے مقام پر برف لگانا چاہئے۔ جب موت کا خطرہ ہو تو نقل الدم عمل میں لاسکتے ہیں۔ یہ زرف کو جاری رکھنے کا رجحان نہیں رکھتا، جیسا کہ خون کا دباؤ بڑھ جانے کی وجہ سے ممکن الوقوع خیال کیا جاسکتا ہے۔ مزمن قرعہ سے زرف روکنے کے لئے جراحی تدابیر (مثلاً وائی عرق کو گرہ لگا کر باندھ دینا) بھی کامیاب ثابت ہوئی ہیں۔

اگر ایک ایسے مریض پر جس کا معدی قرعہ میں مبتلا ہونا معلوم ہو، اشتاب کے علامات (ملاحظہ ہوا التهاب باریطون) کا حملہ ہو جائے تو جس قدر جلد ممکن ہو، یعنی پانچ یا چھ گھنٹے کے اندر شکم کو کھول کر کھفہ باریطونی کو دھو ڈالنا اور قرعہ کو ٹانگے لگا کر سی دینا چاہئے۔

پرانے تقرح میں جس کے ساتھ درد اور قے، یا شدید نزقات بار بار واقع ہوتے رہتے ہیں، یا قرعہ کے آس پاس بہت وبازت ہو گئی ہو، قدرتی طور پر جراحی عملیہ کے متعلق غور کیا جائے گا۔ یہ ان اصابتوں میں نہایت کامیاب ثابت ہوا ہے جن میں قرعہ کے ساتھ بواب کا ضیق یا ندبی ریت گھڑی صمدہ موجود ہو۔ مزمن معدی فستردہ کے لئے ذیل کے جراحی عملیہ کئے جاتے ہیں، — معدی مساحمی تقویہ

(gastro-jejunostomy) بعض اوقات استیصال قرعہ کے ساتھ، یا کمو اقا کے ذریعہ اس کے آلائف یا صائمئی تغویہ (jejunostomy) کے ساتھ، معدی معدی تغویہ (gastro-gastrostomy) جزئی معدہ برآری (partial gastrectomy) (یعنی معدے کے بوابی حصہ کا استیصال) اور معدے کا وسطی "آستین نما" جزئی استیصال "sleeve" - (resection) یزمن اثنا عشری قرعہ کے لئے یہ اعمال جراحی کئے جاتے ہیں: - قرعہ کا استیصال، معدی اثنا عشری بوابی ترقیع (gastro-duodeno-pyloro-plasty) اور معدی صائمئی تغویہ (gastro-jejunostomy)۔

تھوہ یز۔ جب کوئی قرعہ مندل ہو گیا ہو تو اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ اس کا نکس نہونے پائے، جو بآسانی واقع ہو جاتا ہے۔ دانتوں، لوزتین، زائندہ دودیہ، مرارہ وغیرہ میں کے عفونی مرکروں کا تدارک کرنا چاہئے، اگر ضرورت ہو تو علیہ کے ذریعہ سے۔ کھانا زود ہضم ہونا چاہئے اور منظم و قفول کے ساتھ کئی بار کر کے لینا چاہئے، اور غذا کے اُن قواعد پر عمل پیرا ہونا چاہئے جو صفحات 337 اور 349 پر درج ہیں۔ الکحل سے پرہیز ہی بہتر ہے، اگرچہ شاید ہلکی انگوری شراب اور نہایت کم طاقت والی وِسکی کھانے کے وقت دے سکتے ہیں۔ مریض کو چاہئے کہ آہستہ آہستہ کھائے اور خوب چبا کر کھائے اور تمباکو نوشی کم کرے۔ دانتوں کی خبر گیری ضروری ہے۔ مریض کو آمادہ رہنا چاہئے کہ درد کا حملہ ہونے پر ایسی غذا لے کر کہ جس میں زیادہ تر دودھ ہولیت جائے اور کھانے سے پہلے روغن زیتون لیا جاسکتا ہے۔

معدی صائمئی تغویہ کے عواقب۔ اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ معدی صائمئی تغویہ کے علیہ کے بعد شفا یابی ہونا ہرگز ضروری نہیں۔ گائی (Guy) کے ہسپتال میں ۱۹۱۵ء اور ۱۹۱۶ء کے درمیان ۱۰۸ علیہ کردہ اصابتوں میں سے ۶۵ فی صدی میں سات برس بعد شفا یابی یا نسبت بہت بہتر حالت میں پائے گئے، مگر ۲۵ فی صدی مریضوں کی حالت غیر تشفی بخش تھی۔ بہترین نتائج بوابی منیق میں پائے گئے (43)۔ اکاوٹن مریضوں کے ایک گروہ میں جنہیں معدی صائمئی تغویہ کے بعد علامات کی شکایت تھی، امتحان سے مختلف حالتیں ظاہر ہوئیں: - معدی صائمئی قرعہ (۲۰)، معدہ میں تاخیر (۱۸)، متوالی اثنا عشری قرعہ (۱۰)، صفراء کی باز روی (۸)، علیہ کی وجہ سے سود ہضم

(۲۲) وغیرہ۔ علامات ذیل کی شکایت پائی گئی۔ درد (۵۰) ریحیت (۲۰) قے (۲۰) کمزوری (۳۸) قبض (۳۸) اسہال (۲۲) اور دردمائے کمر (۲۲)۔ ممکن ہے کہ مریضوں میں شکر بولیت پائی جائے اور شحم کے تشل کی قلت ہو (۴۵)۔

معدی صائمہ اور صائمہ قروح (gastro-duodenal & duodenal ulcers)۔

معدی صائمہ قروح عین مقام قفوفہ پر واقع ہوتا ہے اور بیشتر اصابتوں میں وہ کسی غیر جذب پذیر حمیزہ کے ٹانکے کے استعمال سے یا دومی سلو سے یا دورانِ عملیہ میں شکنجوں سے کوفتگی ہو جانے کی وجہ سے ہوا کرتا ہے (44)۔ صائمہ قروح مقام اتصال سے ذرا ہی آگے واقع ہوتا ہے اور وہ یہ ظاہر انھیں علامات کی موجودگی کے سبب سے ہوتا ہے جو کہ اثنا عشری قروح پیدا کر دیتے ہیں جیسے کہ ایسی مرکزی عفونت سے مرادیت زدہ ہو جانا کہ جس کا امتیصال نہ کیا گیا ہو، بیش تر شگی جو باوجودِ عملیہ کے بدستور باقی رہ گئی ہو اور قمع کے گرد یا چمبر نازل میں شجاعت اور تبدیل شدہ ذاتی تحریک۔ علامات ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ اثنا عشری قروح میں، مگر بایں استثناء کہ اب مقام درد نسبت کسی قدر نیچے اور شکم کے بائیں جانب ہوتا ہے۔ جب یہ قروح نقب لگاتے ہوئے قولون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ تیز تر کے وقت شراغی درد ہو۔ بعض اوقات صائمہ قولونی نواسیر واقع ہو جاتے ہیں اور ان کے ساتھ برازی مادے کی قے ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا دینے کے بعد یہ لاشعاع سے عموماً نہیں دکھلائی دیتے۔

علاج۔ ثانوی قروح کا علاج اسی اصول پر کرنا چاہئے جس طرح کہ مضمی قروح کا کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عملیہ کرنے کی ضرورت لاحق ہواؤ اگر بواب اچھی طرح کام کر رہا ہے تو ممکن ہے معدی صائمہ تنویہ کو بند کیا جاسکے۔ دوسری اصابتوں کے علاج کا انحصار لاشعاعی کشوفات پر ہوتا ہے۔ اگر معدہ غیر معمولی سرعت کے ساتھ خالی ہو جاتا ہے تو کھانا کھاتے وقت مایعات نہ لئے جائیں۔ ممکن ہے کہ دلک اور معدی تغصیل مفید ہو۔ عموماً یہ مریض شحم کو اچھی طرح برداشت نہیں کر سکتے۔

اتساع المعده

(DILATATION OF THE STOMACH)

ممکن ہے کہ اتساع معده نہایت تدریجی طور پر واقع ہو (مزمن اتساع = chronic dilatation) یا ممکن ہے کہ بالکل دفعۃً ہو جائے (حاد اتساع = acute dilatation)۔ آخر الذکر کا بیان اس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔

مزمن اتساع المعده

یہ مندرجہ ذیل کا نتیجہ ہوتا ہے :- (۱) وہ مختلف حالتیں جو بواب کی مسدودی پیدا کر دیتی ہیں، جس سے معدی دیوار بھی بیش پروردہ ہو جاتی ہے۔ اور (۲) وہ حالتیں جو عضلی دیواروں کی قوت انقباض کو متغیر کر دیتی ہیں (ملاحظہ ہو سقوط المعده)۔ مسدودی کے اسباب یہ ہیں :- بواب یا اثنا عشری کے قروح کے ندبات۔ بواب کا شخ جو قرب و جوار کے تقرح کا ثانوی نتیجہ ہو۔ معدے کے بوابی حصے کا سرطان۔ بواب کا بیش پرورشی صئق۔ برونی دباؤ انضامات کے ذریعہ جڑ جانا، یا ایک مستوط گروے کا کھنچاؤ۔ اور بالکل استثنائی طور پر اکال اشیاء کی وجہ سے پیدا شدہ ندبات، لیکن یہ عموماً مریضی روزن کو مآؤف کرتے ہیں۔

بوابی صئق کے بعد کے اتساع کے طبیعی امارات۔ نمایاں اصابتوں میں جب شکم برہنہ ہو تو وہ غیر متساوی نظر آتا ہے اور اپنے بائیں نصف میں ایک گول ابھار پیش کرتا ہے۔ یہ ابھار ناف کے لیول سے نیچے تک پھیلتا ہے، اور اس کا زیریں حاشیہ ایک خم رکھتا ہے جو نیچے اور باہر کے طرف محدب ہوتا ہے اور منحنی حاشیہ کے زیریں حصے سے خط درمیانی کے واسطے جانب تک جاتا ہے۔ وقتاً فوقتاً حرکت و دودی کی ایک موج اس ابھرے ہوئے حصے پر سے عرضاً بائیں جانب سے دائیں اور نیچے کی جانب جاتی ہے۔ بائیں جانب کی انتہا پر ایک حصہ تقریباً، تھیلی کی جسامت کے برابر بہ سرعت ایک محدب ابھار بنا دیتا ہے، جسے



شعاع ہکاشت ایک متع معدہ کی جو کہ تفریح کے بعد بوابی صیق کا ثانوی نتیجہ ہے۔ معدہ بڑا ہے اور شکم کے واپار عرضی طور پر پھیلا ہوا ہے اور اختراک کبیر حرقنی عرف سے کچھ دور نیچے تک چلا گیا ہے۔ کھانا کھانے کے دو گھنٹہ بعد یہ بیریم سے بھر ہوا ہے۔ لیکن کھانے کے تھوڑے جتنے بواب کی راہ سے گزر چکے ہیں اور معاصر کی گندلیوں میں ادھر ادھر منتشر نظر آتے ہیں۔ انہما کبیر پر معدہ کے بوابی حصہ کے آغاز میں حرکت دود کی ایک تغیف موج نظر آتی ہے۔ (مرطوب لیولنڈ سے لاک کے لئے ہونے جھٹ)

دبانے پر قطعی طور پر مزاحمت محسوس ہوتی ہے۔ چند ہی ثانیوں میں یہ اُبھار بیٹھ جاتا ہے اور ایک دوسرا حصہ، جو نسبتاً دائیں طرف کو ہوتا ہے، اُستے ہی عرصہ تک پھول کر ابھر آتا ہے۔ جب معدی دیوار کا ایک ایک حصہ یکے بعد دیگرے سخت ہو کر اُبھر چکے ہے تو اس کے بعد سارا اُبھار بیٹھ جاتا ہے۔ یہ منظر خود ر و طور پر رونما ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ دیوار شکم کو اتھ لگانے سے شروع ہو جائے، یا اُسے اُبھلنے سے تیزی کے ساتھ پھیلنے سے، یا بعض اوقات محض شکم کو برہنہ کر دینے سے۔ اسے صوفی حرکت دودی کہتے ہیں۔ شکم کے تیز حرکات سے، جیسے کہ مریض کو ہلانے پر ہوتے ہیں، مایع مافیہ میں حرکت پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ چھلک سنی جاسکتی اور محسوس کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی، تا وقتیکہ یہ کسی غیر طبعی رقبہ پر نہ پانی جائے، مثلاً ناف سے ایک انچ نیچے، یا اُس وقت جب کہ طبعی طور پر معدے کو خالی ہونا چاہیے، یعنی کھانا کھانے کے چھ یا سات گھنٹے بعد۔

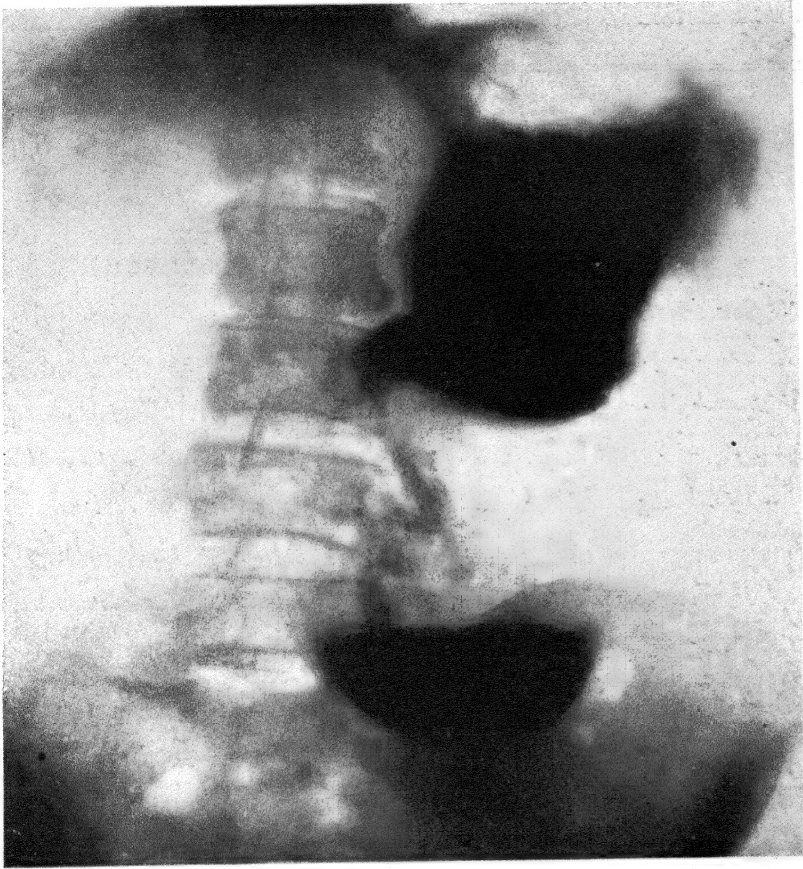
مزن اتساع کی بہت سی اصابتوں کا ایک نمایاں خاصہ وہ طرز ہے کہ جس پر قے ہوتی ہے۔ غذا تین یا چار دن تک معدے میں رہتی ہے اور پھر یکبارگی ۲ یا ۳ پنٹ سیال قے کے ذریعہ نکل آتا ہے۔ یہ عموماً رادی مائل بھورے رنگ کا ہوتا ہے اور اس کی سطح پر بھاگ ہوتا ہے۔ اور خرد بینی امتحان سے اس میں لہن کے کثیر التعداد بندرے، نقات حزمیہ (sarcinae) اور لمبے عصا کی شکل کے عصیتے نظر آتے ہیں جو آپلر بو آس کے عصیات (Oppler-Boas bacilli) ہیں۔ دوری اصابتوں میں قے زیادہ بار بار ہوتی ہے اور اس کی ایک وقت میں باہر نکلی ہوئی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔

قے کے علاوہ مریض تکلیف یا حسی درد میں مبتلا ہوتا ہے جو مافیہ کے اجتماع کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے، اور اُن کے شکل جانے پر اس میں عارضی طور پر آغا ہو جاتا ہے۔ شدید پیاس، کزوری، لاغری، شوب اور قبض بھی دیکھا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ زیادہ ذہنی استغاض اور بعض اوقات وقفہ وار تکرز (tetany) اور شجائے ہوں۔ مقدار بول قلیل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کیتونیت موجود ہو (یہ وہ حالت ہو جس میں جسم کے اندر ایٹونی اجسام (acetone bodies) پائے جاتے ہیں)۔

تشخیص۔ بالآخر اس کا انحصار لاشاعی امتحان پر ہوتا ہے جو غیر شفاف غذا کھانے کے بعد کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶)۔ معدہ نیچے کو اور دائیں طرف بڑا ہوجاتا ہے۔ ابتداءً ممکن ہے کہ حرکت دودی غیر معمولی طور پر تیز ہو اور اس کے ساتھ معدہ جلد خالی ہوجاتا ہو۔ پھر حرکت دودی وقفہ کے ساتھ ہونے لگتی ہے اور اس کی موجوں کی گہرائی مختلف ہوجاتی ہے، چنانچہ چھ گھنٹوں کے بعد تقریباً آدھا کھانا بطور شفل باقی رہ جاتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ حرکت دودی محض کاہے ماہے نظر آئے اور وہ مخالف سمت میں چلتی ہو اور چوبیس گھنٹے کے بعد بھی معدہ بھرا ہوا رہے۔ کسری امتحانی غذا (fractional test meal) (ملاحظہ ہو شکل ۴۶، صفحہ 331) سے بھی معدے کے خالی ہونے میں تاخیر اور آزاد ٹائڈر وکلورک ایسڈ کا تدریج چڑھنا ہوا معنی ظاہر ہوتا ہے۔

انذار۔ بواب کی تنگی کی وجہ سے واقع ہونے والے اتساع کا اسوقت تک باقی رہنا لازمی ہے جب تک کہ تسد و پیدا کرنے والا مرض باقی ہے اور جراحی علاج کے علاوہ دوسرے علاج سے محض وقتی تسکین ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج جراحی ہے اور زیادہ کثرت سے معدی صائمی تفویہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ ایک وقتی تسکین وہ تدبیر کے طور پر معدے کو طبعی مالح سے دھو ڈالنے کا عملیہ (تفصیل) اکثر بہت مفید ہوتا ہے۔ اس عمل کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حد سے زیادہ تھن ہوئے معدے سے طبع اور غیر مضم شدہ غذا کا اجتماع خارج ہوجاتا ہے اور ساتھ ہی یہ اس نازلت کے لئے بھی نفع بخش ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ اتساع کے ساتھ ساتھ موجود ہو۔ زبر کی ایک نئی جو ایک قیف سے لگی ہوئی ہوتی ہے، معدے کے اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ قیف کو منہ کے لیول سے اوپر اٹھا کر اور اس میں پانی ڈال کر معدے کو بھر دیا جاتا ہے۔ پھر قیف کو نیچے لاکر اور اسے ایک مناسب طرف میں الٹ کر یا اس سے بھی بہتر سینوران کے آلہ (تفسیر Senoran's evacuator) کے ذریعہ سے معدہ کو خالی کر دیا جاتا ہے۔ مالح کا استعمال وقفہ دار مکثرد کا ازالہ کرنے کے مقصد سے کیا جاتا ہے۔ دھونے کا عمل روزانہ ایک بار سب سے بڑے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے کرنا چاہئے۔



ایک شعاع نکاشت جو کہ ریت گھڑی انقباض ظاہر کرتی ہے۔ بالائی خانہ جو کہ بیریم سے بھرا ہوا ہے ایک گول زیرین کنارہ رکھتا ہے اور زیرین خانہ کے اندر داخل ہونے کا فتحہ انخنا، صغیر کے قریب واقع ہے اور بالائی خانہ کے فرش سے اوپر ہے۔ یہ اس امر کی دلیل ہے کہ ریت گھڑی معدہ اندانی انقباض کی وجہ سے ہے گو کہ ہیئت کچھ شیع بھی ساتھ موجود ہوتا ہے۔ قریبی باطلی (ulcer crater) عین انخنا، صغیر پر کے فتحہ پرواقع ہے۔ یہ اس طرح معلوم ہوتا ہے کہ فتحہ کا دائیں طرف کا کنارہ معدہ کی طرف مقعر ہے۔ بیریم نیچے زیرین خانہ میں ٹپکتا ہوا نظر آتا ہے جہاں یہ معدہ کے میندرے پر بیٹھ جاتا ہے اور افقی بالائی رکھتا ہے۔ معدہ باقظ ہے، کیونکہ اس کا زیرین سرا حرقی عوف سے بہت نیچے ہے۔ اثنا عشری کلاہ دکھائی نہیں دیتی، کیونکہ ابھی تک بیریم معدہ سے بالکل نہیں نکلا۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک کے لئے ہوئے صفحہ سے)

معدہ کا ریت گھڑی انقباض

(HOUR-GLASS CONTRACTION OF THE STOMACH)

یہ حالت تقریباً ہمیشہ ایک مزمن معدی قرصہ کے انداب کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اگرچہ کبھی کبھی گرد معدی انقباضات بھی معدے کو جگر سے پیوستہ کر دیتے اور تشنگی واقع کر کے ایسی ہی شکل پیدا کر سکتے ہیں۔ سرطان معدے کا نیشق پیدا کر سکتا ہے اور سقوط المعده کی حالت میں معدہ ایک مالائی اور ایک زیریں حصے میں منقسم ہو جاتا ہے جن کے درمیان میں ایک تنگ گردن حائل ہوتی ہے۔ لیکن حقیقی ریت گھڑی انقباض سے ان حالتوں کی تفریق کرنے میں کوئی دقت نہیں پیش آتی۔

علامات متلازم معدی قرصہ کے علامات ہوتے ہیں۔ لیکن جب آخر الذکر کامل طور پر مندل ہو چکتا ہے اور تضیق بہت زیادہ ہوتا ہے تو مریض کو یہ شکایت ہوتی ہے کہ وہ ایک وقت میں غذا کی صرف تھوڑی مقدار ہی لے سکتا ہے، اور نسبتاً بڑی مقداریں فوراً واپس نکل آتی ہیں، چنانچہ اس بر مری کے تشدد کا شبہ ہو سکتا ہے۔

تشخیص۔ بغیر شفاف غذا دینے کے بعد لاشعاعوں سے عمل میں لائی جا سکتی ہے۔ معدہ ایک تنگ گردن کے ذریعہ سے دو خانوں میں تقسیم ہوتا ہے، اور یہ گردن بالائی خانہ سے دائیں جانب بھڑی ہوتی ہے نہ کہ اس کے سب سے نیچے لٹکے ہوئے حصہ پر۔ یہ بالکل متمیز خاصہ ہے اور اس حالت کو معدے کے اس ٹنگ پڑنے سے متفرق کرتا ہے جو سقوط المعده میں ہوا کرتا ہے۔ اگر قرصہ کامل طور پر مندل نہیں ہوا ہے تو علاوہ انداب کے نظام عضلی کا کچھ شنج بھی موجود ہوگا۔ یہ تشدد کو اور بھی زیادہ کر دیتا ہے چنانچہ ان دونوں خانوں کو بریم کی محض ایک نہایت باریک سی لکیر جوڑتی ہے۔ جب شنج موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ اعتدال کے ساتھ درزی کرنے پر یا ہنلاج (belladonna) کی ایک معتاد دینے کے بعد کیقدر ڈھیلا پڑ جائے۔ ایک فاعلی قرصہ کبھی موجود ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا اور وہ گردن کی دائیں جانب کو ایک ابھار کے طور پر نظر آتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۷)۔

سرطان کی حالت میں بالید معدے کے اندر ابھری ہوئی ایک صاف رقبہ کی طرح نظر آئے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 355)۔ لیکن اگر وہ ایک قرح سے پیدا ہوئی ہے تو لاشعاعی منظر دیا ہی ہو سکتا ہے جیسا کہ ریت گھڑی انقباض میں۔
علاج۔ واحد کارگر تدبیر صرف جراحی علاج ہے۔ تنگی کو چوڑا کیا جاسکتا ہے یا قریبی کہنہ کو بعدی کہنہ سے یا صائم سے جوڑ دیا جاسکتا ہے۔

34

پیدائشی پیش پر مدنی صبیح

یہ بوابی تسدد کی ایک قسم ہے جس کے علامات بالعموم پیدائش کے چند روز بعد سے لے کر چھ یا سات ہفتہ بعد تک اور نہایت عام طور پر زندگی کے ابتدائی چار ہفتوں کے دوران میں ظاہر ہوا کرتے ہیں (47)۔ لڑکیوں کے نسبت یہ مرض لڑکوں میں تقریباً پانچ گنا زیادہ عام ہے۔ علامات یہ ہوتے ہیں:۔ قے کا ہونا اور قبض (جس کی وجہ یہ ہے کہ آنتوں تک جو غذا پہنچتی ہے اس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے) اور لاغری۔ اور کئے شدہ مادے اکثر کثیر المقدار جوتے ہیں اور بہت زور کے ساتھ باہر نکلتے ہیں۔ ابتداؤ وہ غذا پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن کچھ عرصے بعد جب کہ التهاب مصدہ قائم ہو جاتا ہے تو ان میں مخاط اور متغیر شدہ خون بھی ہوتا ہے، لیکن شاذ ہی کبھی مفرا۔ بائیں جانب سے دائیں جانب کے طرف حرکت دودی جو بوابی صبیح کا اس قدر تمیز خاصہ ہے دیکھی جائے گی۔ اور تقریباً تمام اصابتوں میں (جن میں ممکن ہے کہ خوراک لیتے وقت اور اس کے بعد نہایت عذر کے ساتھ اور دیر تک امتحان کرنا پڑے) خط وسطی کے دائیں جانب، ضلعی حاشیہ سے ذرا نیچے، ایک سلحہ یا دباوت پائی جائے گی جس کا قطر $\frac{1}{4}$ یا $\frac{1}{2}$ ہوگا اور جو بواب کے انقباض کے ساتھ سختی میں وقتاً فوقتاً بدلتی رہے گی، اور اس طرح سڈوں سے تمیز کی جاسکے گی۔ چونکہ عضوی مرض کے بغیر بھی مرنی حرکت دودی کا واقع ہونا ممکن ہے، لہذا یقینی تشخیص کے لئے سلحہ کی موجودگی ضروری ہے۔ لاشعاعوں سے بھی مدد مل سکتی ہے۔

یہ دہازت بواب کے عضلی ریشوں کی بالخصوص مدور ریشوں کے طبقہ کی بیش تکوین ہے، اور غالباً جنینی زندگی کے دوران میں نمو یاب ہو جاتی ہے۔ دہازت یافتہ تو دے کے اندر غشائے مخاطی میں شکنیں پڑی ہوئی ہوتی ہیں۔

علاج - طبی علاج یہ ہے کہ معدہ کی تفصیل کی جائے اور اس کے بعد کاڑھی غذا میں دیجائیں۔ تفصیل کے بعد (جس میں قلیات کے استعمال سے اجتناب کرنا چاہیے کیونکہ ان سے کثیر قلویت ہونے کا خطرہ ہے) معدہ میں اٹروپین کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں باقی رہنے دینی چاہئیں۔ لیوینال (luminal) کی ایسی خوراکوں سے کہ جن سے بچہ غنودہ رہے، عمدہ نتائج درج کئے گئے ہیں۔

اس ملک میں بہترین نتائج رام سٹیٹ (Rammstedt) کے عملیہ کے در بعد حاصل ہوئے ہیں۔ یہ اس پر مشتمل ہے کہ باریطونی سطح سے سلعہ کے اندر ایک طوی ششک غشائے مخاطی تک دیا جائے تاکہ تسد و رفع ہو جائے۔ عملیہ کے بعد غذا بہت آہستہ آہستہ بڑھانی چاہئے۔ یکایک بڑھا دینے سے بالعموم اسہال آنے لگتے ہیں، کیونکہ گذشتہ تجوُّع کے دوران میں غذا کا تہیج موجود نہ ہونے کے باعث مصلیٰ انزیموں (enzymes) کا افراز بہت کم ہو گیا ہے۔ کم خوراندہ (under-fed) شیر خوار بچوں میں اس وقت جب کہ ان کی غذا کو بہت سرعت سے بڑھا دیا جائے اسی قسم کا عدم تحمل پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات اس عملیہ کے بعد اسہال ہو جاتا ہے جس میں براز شمی ہوتا ہے (48)۔ اس سے گمان ہوتا ہے کہ اس مرض میں صفر اوی اور غالباً باقرا اسی عدم کفایت بھی کچھ حصہ لیتی ہے۔

سرطان معدہ

اسباب - معدے کا سرطان تینس سال کی عمر سے پہلے شاذ ہی دیکھا جاتا ہے اور اس کی ۶۰ فیصدی اصابتیں چالیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمر میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں دو گنا عام ہے۔ توارث سرطان معدہ میں کوئی نمایاں خصوصیت نہیں۔ یہ امیر و غریب دونوں میں مساوی الوقوع ہے اور کسی خاص نسل

کے ساتھ تعلق نہیں رکھتا۔ اس کے متعلق بڑی بحث ہوئی ہے کہ آیا سرطان عموماً معدی قرحہ سے پیدا ہو جاتا ہے یا نہیں۔ اس رائے کے خلاف یہ واقعہ ہے کہ اثنا عشری قرحہ نہایت عام ہے حالانکہ اثنا عشری کا سرطان نہایت شاذ ہوتا ہے۔ سرطان معدہ کی چکاس اصابتوں کے ایک گروہ میں ۶۷ فی صدی کی سرگزشت ایک سال پہلے تک جاتی تھی لیکن اس سے زائد نہیں۔ ۷۰ فی صدی میں دو سال پہلے تک کی سرگزشت موجود تھی (57)۔ لہذا بیشتر اصابتوں میں سرسری طور پر یوں سمجھئے کہ دو تہائی مریضوں میں سرطان خود بخود شروع ہو جاتا ہے (46) 'اگرچہ مزمن التهاب المعده' اور بالخصوص معدہ کی سعادیت ممکنہ اسباب معدیہ ہیں۔ باقی ماندہ اصابتوں میں یہ معدی قرحہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔

امراض ضیائی تشتریح - سرطان معدے کے تمام حصوں کو ماؤف کر سکتا ہے لیکن مریضوں کی غالب تعداد میں بواب ماؤف ہوتا ہے۔ اور مرض یہاں سے معدے کے متصلہ حصوں میں پھیل جاتا ہے، بالخصوص اختائے صغیر کے برابر برابر اگر یہ فوادی سے کو ماؤف کرتا ہے تو عموماً اس کا حملہ مری پر بھی ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات معدے کی دیوار یکساں طور پر درختیختہ اور دبیز ہو جاتی ہے اور معدہ بحیثیت مجموعی سکڑ کر چھوٹی جسامت کا ہو جاتا ہے (متارہ نامعده = leather-bottle stomach) چند ہی سستنیات کو چھوڑ کر سرطان معدہ کُرہ آسا سرطان (spheroidal carcinoma) یا استوانہ نما سرطان (cylindrical carcinoma) کی شکل میں ہوتا ہے، اور اول الذکر نسبتاً بہت زیادہ عام ہے۔ ان دونوں میں سے ہر قسم یعنی بات کی زیادتی کی وجہ سے جرزئی (scirrhus) ہو سکتی ہے، یا اس کی قلت کی وجہ سے لُبی (medullary)۔ اور دونوں میں کولائیڈی انحطاط واقع ہو سکتا ہے، اگرچہ یہ کُرہ آسا قسم میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ جرزئی تغیر عام ترین ہے۔

سرطان کی ابتداء غشائے مخاطی کے خدو کے سطحی غلیبوں کی بیش بالیدگی سے ہوتی ہے۔ یہ بالیدگیاں تحت المخاطی بافت کے اندر ابھر جاتی ہیں، پھر مزید نکھڑ کر تھیں اور متدیک تمام طبقات کو ماؤف کر دیتی ہیں۔ معدے کی دیوار موٹی ہو جاتی ہے اور بالیدہ ابھر جاتی ہے اور اس سے معدہ کا دروز بہت تنگ ہو جاتا ہے۔ بالیدہ اثنا عشری پر حملہ آور نہیں ہوتی۔ آخری درجہ میں وہ اکثر اندرونی سطح پر متفرع ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ متصلہ غشائے مخاطی حملی

زائموں کی گرجی بالیدگیاں ظاہر کرے، جو کہ مزمن التهابِ معدہ کا نتیجہ ہوتی ہیں۔
 ممکن ہے کہ یہ تقریبی عمل عروق کو متاثر کر کے نرف پیدا کر دے۔ ساوہ قرعہ کے
 نسبت سرطان میں یہ بہت کم ہوتا ہے کہ نرف کثیر مقدار میں ہو۔ بوابی بالید کے پیدا کردہ
 ضلیق کا نتیجہ اکثر اوقات اتساعِ معدہ ہوتا ہے۔ لیکن ایک متارہ نامعہ (leather-
 bottle stomach) چھوٹا ہوتا ہے۔ جب بالید باریطونی سطح تک پہنچ جاتی ہے تو عام
 طور پر دوسرے اعضا سے معدہ کا انضمام واقع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد ممکن ہے کہ
 اس عضو پر (جس کے ساتھ انضمام واقع ہوا ہے) سرطان کا حمل ہو جائے۔ اس طرح جگر
 اور لبلبہ پر اکثر اوقات اور طحال یا قولون پر کبھی کبھی حملہ ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں
 ایک معدی قولونی ناسور کا پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ نوادی سرے کا سرطان اکثر اوقات
 مری پر حملہ آور ہوتا اور اسے مدد و گردیتا ہے۔

مختلف اعضا، باریطون، جگر، لبلبہ، پھیپھڑوں اور متصلہ لمفائی غدوں میں شاموی
 جاؤ واقع ہو جاتے ہیں۔ یہ ماساریقی، یس، باریطونی، اور بابی غدوں ہیں۔ لیکن جیسا کہ مری
 کے سرطان میں بھی ہوتا ہے، بعض اوقات غنقی لمفائی غدو بالکل ابتدا میں ماؤف ہو جاتے
 ہیں۔

علامات - سریری نقطہ نظر سے ان اماتوں کے دو گروہ ہوتے ہیں، اس
 لحاظ سے کہ آیا بوابی فعل میں خلل اور اس کے ساتھ معدی مافیہ کا غیر معمولی اعتبار ہوا ہے
 یا نہیں۔

(۱) اس گروہ کے ابتدائی درجوں کے علامات خاص کر سورہضم کے علامات
 ہوتے ہیں۔ اول تو عدم اشتہا اور متلی ہوتی ہے، اور پھر جی کا ڈوبا جانا، غذا کے
 بعد درد اور ریحیت۔ یہ علامات شرایف میں، یا سوزشِ سینہ کے مقام پر ہو سکتا ہے۔
 جب سرطان بواب کے مقام پر واقع ہو تو قے کا اس حالت میں جلد تر واقع ہونے کا
 امکان ہوتا ہے، بہ نسبت اس کے کہ جب وہ اس نقطہ سے دور واقع ہو۔ قے میں غذا
 موجود ہوتی ہے جو ہضم کے مختلف مدایج میں ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ کم و بیش
 مخاط یا خون کی دھاریاں ملی ہوتی ہیں۔ قے کے ساتھ ملا ہوا خون اکثر در دہوہ کا منظر
 رکھتا ہے۔

پھر درد ایک نمایاں علامت بن جاتا ہے، اور اگر بالید متصلہ اعضا (جیسے کہ بلبہ) پر حملہ آور ہو جائے، تو وہ مستمر ہوا کرتا ہے، یا اس کا اٹھنا کھانے پر منحصر نہیں ہوتا۔ وہ مثانوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے، یا قطنی خط میں۔ وہ اکثر و خیزی اور منقرض ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ ناقب، سوزشی، قارض یا خارق ہو۔ اس قسم کے سرطانِ معدہ میں شدید بطنی اختلال کے علامات نسبتہ جلد شروع ہو جاتے ہیں۔ مریض دہلا ہو جاتا ہے، اس کی طاقت گھٹ جاتی ہے، اور رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور ترقی یافتہ اصابتوں میں لاغری اور عدا ۲۴ دمویت بہ درجہ انتہا موجود ہوتے ہیں۔ آنٹوں میں زیادہ تر قبض ہو کر رہتا ہے۔ براز دم الاسود بہ طور ایک ابتدائی امارت کے شاذ ہوتا ہے، لیکن مخفی خون (ملاحظہ ہو صفحہ 330) عام ہے۔

(۲) جب بواب کے فعل میں کوئی خلل نہ ہو، تو بالید عموماً جسمِ معدہ میں ہوتی ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔ ممکن ہے کہ جب تک کہ بالید بہت زیادہ ترقی یافتہ نہ ہو جائے، کوئی علامات موجود ہی نہ ہوں۔ اور پھر قرب و جوار کی ساختوں کی درخیزی کی وجہ سے پشت میں درد محسوس ہونے لگے۔ لیکن ایسی بالید سے مسلسل خون بہتا ہے، اور متغیرہ خون پانائوں کے اندر پایا جاتا ہے۔ اس سے جو عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، سلعہ غیر جس پذیر ہونے کی حالت میں اس سے متلف عدم دمویت (pernicious anemia) کا تب پیدا ہو سکتا ہے۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ترقی پذیر ضعف موجود ہو۔

عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ سرطان کی اصابتوں کی غالب تعداد میں ایک سلعہ کسی نہ کسی وقت پایا جاتا ہے اگرچہ وہ ابتدائی تین یا چار مہینوں میں شاذ ہی ملتا ہو اور بعض اعداد و شمار کی رو سے وہ ابتدائی چھ مہینوں کے اندر صرف ۳۲ فی صدی اصابتوں میں ملتا ہے۔ سلعہ کا محل وقوع، بلاشبہ معدے کے ماؤف حصے کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ بوابی سلعہ عموماً خط درمیانی میں یا کبھی قدر دائیں طرف، قص خجری اور ناف کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ جب معدہ بہت قسح ہوتا ہے تو یہ سلعہ ناف سے بھی نیچے ہوتا ہے۔ جسامت میں وہ ایک اخروٹ سے لے کر ایک چھوٹی مارنگی کے برابر متغیر اور عموماً نہایت سخت ہوتا ہے۔ ابتداءً وہ آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے اور شہیق کرنے پر نیچے چلا جاتا ہے، لیکن نسبتہ بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ وہ انفصامات پیدا کرے اور

زیادہ مثبت ہو جائے۔ اکثر اوقات اس میں زیرِ افتادہ اور طی کا معدم منتقل ہو جاتا ہے۔ قرع کرنے پر وہ اصم یا غیر کامل طور پر لگی ہوتا ہے۔ اسے ہاتھ لگانے سے درد محسوس ہوتا ہے کبھی کبھی اشتقاق کہفہ باریطونی کے اندر واقع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد التهاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اس حادثہ کے علامات مبہم ہوتے ہیں اور صاف نمایاں نہیں ہوتے۔ پس باریطونی غد کا سرطان پیروں کا نتیجہ پیدا کر دیتا ہے، اور یہی نتیجہ بڑی رینل کی علقیت سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ معدی قولونی ناسور (جو بیشتر سرطان کے معدے سے قولون تک پھیل جانے کا نتیجہ ہوا کرتا ہے) کی نمایاں خصوصیت یا تو یہ ہوتی ہے کہ معدے کے غیر مضہم شدہ مافیہ براہ راست قولون کے اندر اور یہاں سے براہِ معاوٰتیم چلے جاتے ہیں یا یہ کہ برازی قے ہوتی ہے، کیونکہ قولون کے مافیہ معدے کے اندر چلے جاتے اور پھسر یہاں سے قے کے ذریعہ نکل جاتے ہیں۔

موت عموماً خستگی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، اور یہ خستگی غذا کے ناقص شل کا نتیجہ ہوتی ہے، یا باریطون کے اندر ثانوی بالیدگیوں کے بہ سرعت پھیل کر استقارزتی ہونے کا یا جگر کے اندر ثانوی بالیدیں پھیل کر مسلسل ارتفاع حرارت ہونے کا کثیر المقد نزف یا التهاب باریطون، التهابِ شیمی یا ذاتِ الریہ اس منظر کو ختم کر سکتے ہیں۔

مُدت مرض - یہ بیماری عام طور پر چھ ماہ سے دو سال تک جاری رہتی ہے۔ دو تہائی اصابتیں آٹھ مہینے سے کم جاری رہتی ہیں اور ایک نہایت تھوڑی تعداد دو سال سے زائد تک جاری رہتی ہے۔

تشخیص - سرطان اپنے آخری مراح میں سلوہ کی موجودگی کی وجہ سے معدے کے دوسرے بیشتر امراض سے شناخت کر لیا جاتا ہے۔ کبھی کبھی ایک بڑے ہوئے سخت غنقی غدہ کے مل جانے سے بالخصوص جب کہ یہ غدہ بائیں جانب ہو، اس تشخیص کے طرف اشارہ ہوا ہے۔ اگر کوئی سلوہ شناخت نہ ہو سکے، تو جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے، سرطان کا متلف عدم دمویت (pernicious anaemia) کے ساتھ، یا مزمن سوء مضہم اور اس سے متلازم التهابِ المعده یا مضہمی قرعہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، یا ممکن ہے کہ خالصاً وجعِ العصبی در دوں کے متعلق یہ خیال کر لیا جائے کہ یہ سرطان کی وجہ سے ہیں۔ استثنائی اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ حصوں کا وہ تشابک اور انضمام جو

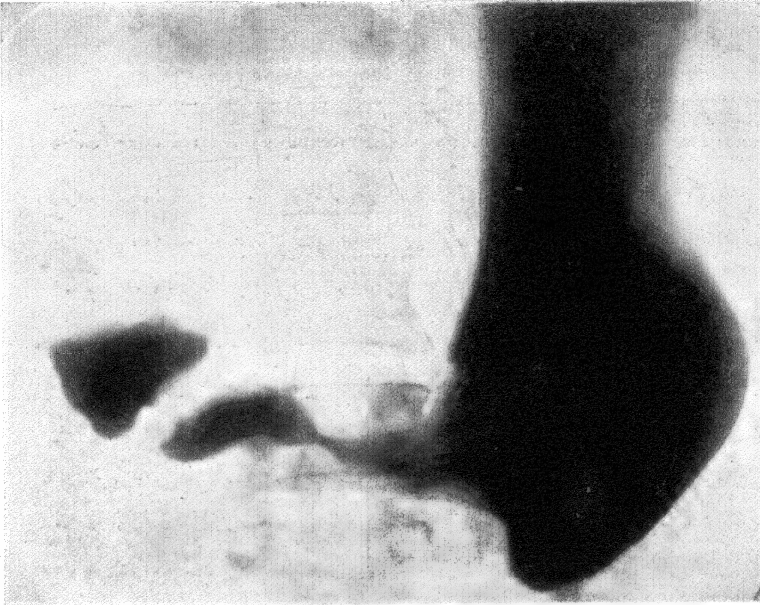
قرص سے پیدا ہو جاتا ہے، سرطان کی مشابہت پیدا کر دے۔ مریض کی عمر اور مرض کی نسبتاً قلیل مدت، یہ بھی اس کی تشخیص میں اہم عناصر ہیں، کیونکہ بیشتر اصابتوں میں سرطان سابقہ معدی قرص کا نتیجہ نہیں ہوتا۔

لاشعاعیں ممتاز مناظر ظاہر کرتی ہیں۔ بسمتہ کی خوراک کی وجہ سے سایہ ایکہ کم و بیش وسیع صاف رقبہ یا "نقص پُری" کے ذریعہ سے منقطع ہوتا ہے۔ یہ رقبہ یا نقص دو یا زیادہ رخدار یا صدفی خاکوں کے ذریعہ سے اس سایہ میں متداخل ہوتا ہے۔ یہ اس متغیر بالید کا قایم مقام ہے جو معدے کے درون میں ابھر آتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۸ الف)۔ دبائے پر یہ الیم ہوتا ہے، اور اس کی شکل مستمر ہوتی ہے۔ یہ حرکات دودیدہ میں شرکت نہیں کرتا، جو معدے میں دوسرے مقامات پر نظر آ سکتے ہیں۔ لیکن ہے کہ کوئی نقص پُری مرنی ہونے سے پہلے حرکت دودی کا یہ انقطاع ہی ابتداءی ترین امارت ہو۔ متاثرہ نما معدے کی حالت میں یہ نظر آتا ہے کہ غذا ایک متعلقہ تنگ نالی کی راہ سے، بلا کسی مرنی حرکت دودی کے، سیدھی اشعاشی کے اندر بہ سرعت گرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۸ ب)۔ ۶ فی صدی اصابتوں میں ایک طبعی لاشعاعی روئداد حاصل ہوئی (57)۔

مریض کو شب میں دودیدہ کے اندر دودی سپون فل کوئلہ (charcoal) دینا چاہئے، اور دوسرے روز علی الصبح اس کے معدے کے مافیہ کا امتحان کرنا چاہئے (49)۔ تازہ پتھیر مرنی خون کی موجودگی سرطان کی طرف اشارہ کرتی ہے، بالخصوص جب کہ خون اس طرح ایک سے زائد موقع پر پایا جائے، لیکن کوئلہ کی موجودگی سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوتی ہے۔ ۷۴ فی صدی اصابتوں میں سکونی رس میں خون موجود تھا، اور ۸۷ فی صدی میں آزاد اڈامٹر و کلورک ایسڈ بالکل نہ تھا (57)۔ خون کا مسلسل رساؤ سرطان کا ہمیز خاصہ ہے، مگر کبھی اتفاق سے ہونے والا فرزت اغلباً قرص کا نتیجہ ہوتا ہے۔ درِ قہوہ جیسی قے دونوں حالتوں میں دیکھی جاتی ہے۔

856

معدے کو دھو ڈالنے کے بعد ایک امتحانی خوراک دی جائے۔ امتحانی خوراک کے اندر لیکٹک ایسڈ کی موجودگی سرطان معدہ پر دلالت کرتی ہے۔ ۶۴ فی صدی اصابتوں میں بے ترشگی تھی۔ چنانچہ آزاد اڈامٹر و کلورک ایسڈ تغیر پذیر



الف۔ معده پیریم سے بھرا ہوا ہے۔ بوائی حصہ میں سرطان کی موجودگی نقص پری سے ظاہر ہوتی ہے۔ اثنا عشری کھلاہ چھپی طرح نظر آتی ہے۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک نے لی ہے)



ب۔ سرطان کی وجہ سے ایک متارہ نما معده۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک نے لی ہے)

مقدار میں عموماً پایا جاتا ہے۔ بلکہ ممکن ہے کہ بیش تر شکی بھی موجود ہو (57)۔ لیکن اکثر "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" ("active HCl") میں اور آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ ("free HCl") کی مقدار میں بڑی کمی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک مستلزم مریض التهاب المعده کے باعث معدنی کلورائیڈ گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں معدنی کلورائیڈ بڑھا ہوا ہوتا ہے جس سے یہ اشارہ ہوتا ہے کہ بالید سے رسنے والے مصل سے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تعدیل ہو گئی ہے۔ صرف ۶۴ فی صدی اصابتوں میں معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوئی۔ ۶۴ فی صدی میں خون کسی نہ کسی وقت موجود تھا، اور باقی ماندہ ۳۶ فی صدی میں جب پاخانوں کا مخفی خون کے لئے امتحان کیا گیا تو خون مختلف مقداروں میں موجود پایا گیا۔ لہذا امتحانی خوراک اور پاخانوں، دونوں میں خون کی غیر موجودگی تقریباً ہمیشہ سرطان کو خارج از بحث کرے گی، لیکن راقم الحروف نے ایک چہل سالہ مریضہ کی ایسی اصابت دیکھی جس کا سرطان معدہ ہونا جراحی عملیہ سے ثابت ہو چکا تھا، مگر جس میں امتحانی خوراک اور پاخانوں میں کوئی خون نہ تھا، اگرچہ بے ترشگی موجود تھی اور لاشعاعوں سے ایک بڑا نقص پُری ظاہر ہوا۔

انذار۔ یہ ناموافق ہوتا ہے کیونکہ تا وقتیکہ بالید اور تمام سرایت زدہ غدوکا بالکل استیصال نہ کیا جاسکے موت ناگزیر ہے۔

علاج۔ مشتبہ ابتدائی اصابتوں میں شکم شگافی کے عملیہ کا مشورہ دینا چاہئے، کیونکہ بالید کا استیصال ہی تقریباً واحد شفا بخش طریقہ ہے۔ اس وقت جب کہ ایک گودہ محسوس ہو سکے یہ عملیہ بعد از وقت ثابت ہوگا، کیونکہ اس وقت تک بالید پھیل چکتی ہے اور لفظی غذاؤں سے ہوجاتے ہیں۔ معدی صائمی تقویہ کا عمل ایک خفیف تدبیر کے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔ عمیق لاشعاعی علاج بھی آزمایا جاسکتا ہے۔

اگر اتساع نایاں ملامت ہو اور ہر چند روز کے بعد غذا کی بڑی مقداریں قے سے نکل جاتی ہوں تو ممکن ہے کہ معدے کو روزانہ دھو ڈالنے سے ماریضی تسکین معلوم ہو، ملاحظہ ہو صفحہ 352) یا مریض کو درد محسوس ہونے کے وقت ایک نلی داخل کر لینے کی ترکیب سکھلا دینی چاہئے، کیونکہ بعض اوقات صرف اسی مادہ تدبیر سے

تشکین حاصل ہو جاتی ہے۔ ورنہ مزمن سوء البضم کے تحت بیان کردہ تدبیریں کام میں لانی چاہئیں۔

معدے کے غیر خبیث سلعات۔ اس زمرہ میں ذیل کے سلعات شامل ہیں:۔ غدی سلعہ، عضلی سلعہ، معین لبلبہ، شحمی سلعہ، لیفی شحمی سلعہ، لمفائی غدی سلعہ، اور دوسرے۔ یہ بہت کم واقع ہوا کرتے ہیں۔ پہلے تین سب سے کم غیر عام ہیں اور کبھی کبھی وہ بواب کو مسدود کر کے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں علامات کا انحصار سلعہ کی جسامت اور جائے وقوع پر ہوگا۔

قبض

(CONSTIPATION)

آنتوں کے صحت مند فعل کا انحصار غذا کی کافی رسد پر ہوتا ہے کہ جس کا فضلہ براز کا مادہ بناتا ہے نیز معائی رسول کے قدرتی افراز پر اور ایک ایسے معائی عضلی نظام پر جو آسانی کے ساتھ مہیج ہو اور اتنا کافی قوی ہو کہ براز کو ایک مقام سے دوسرے مقام تک آگے دھکیل سکے۔ لیکن یہ فعل مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے جو بایں ہمہ ممکن ہے تندرست ہوں۔ بیشتر اشخاص میں پاخانہ دن بھر میں ایک بار ہوتا ہے، لیکن دوسروں میں روزانہ دو بار اور بعضوں میں صرف ایک دن چھوڑ کر ہوتا ہے۔ جب چوبیس گھنٹے کے طبعی عرصہ سے زیادہ تک یا بعض اشخاص میں دو دن تک احتباس براز ہو تو یہ قبض ہے۔ یہ نتیجہ ہوتا ہر (۱) بڑی آنت کے طول میں براز کی عام حرکت میں تاخیر کا (قولونی رکود = colonic stasis) یا (۲) حوضی قولون اور معاریستقیم کی تفریغ میں تاخیر کا (عسر تبرز = dyschezia) یا مجموعی طور پر ان دونوں اعمال میں تاخیر کا۔

۱۔ معائی قنال میں براز کی عام حرکت خالصاً غیر ارادی ہوتی ہے اور اس کا انحصار معائی دیوار کی کافی عضلی طاقت پر ہوتا ہے جسے مناسب غذا سے معقول

تحریک پہنچتی ہے۔ کمزور عضلی نظام ایک موروثی قصور ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ آخری عمر میں طاری ہو کر سیخونی قبض (senile constipation) کا سبب بن جائے۔ عضلہ کی عارضی کمزوری حمیات اور حاد امراض میں واقع ہو جاتی ہے، اور عدم دمویت، انصریت (chlorosis) کساحت، اور اُن امراض کا نتیجہ ہو سکتی ہے جن میں عصبی انخفاض ہوتا ہو جیسے کہ مایو لیا، نہاکت، اعصاب (neurasthenia) وغیرہ۔ مقامی طور پر ممکن ہے یہ ریکی تمدد اور غشاء مخاطی کی نازلت کا نتیجہ ہو۔

357

معاد کو پہنچانے کا مخصوص غذا سے حاصل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ مقدار میں نا کافی ہو، یا از حد خشک ہو، یا اس میں میکانی ہتھکڑی کی قلت ہو، جن میں نباتی اشیاء کا سیلولوز (cellulose) سب سے زیادہ اہم ہے۔ نیز معلوم ہوتا ہے کہ بعض افراد میں آنتوں میں غیر معمولی قوت ہضم و جذب کے باعث اس قدر کم نفل باقی رہتا ہے کہ افراغات لازمی طور پر بہت کم مرتبہ ہوتے ہیں۔ اس حالت کو ”حریص قولون“ (greedy colon) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ معدے کی بہت سی خرابیوں میں بالخصوص جہاں قے بار بار ہوتی ہو، قبض ہو کر رہتا ہے۔ مزید برآں حوض یا شکم کے الہتہابی یا صرطنی نوعیت کے دردناک مقامی عوارض سے آنت کا معکوس نفل براہ راست متاثر ہو سکتا ہے۔

قولونی رکود کی تشخیص صرف اُسی وقت ہو سکتی ہے جب کہ ایک غیر شفاف خوراک دینے کے بعد معاد کا استحان کیا جائے۔ معمولی حالات میں چار گھنٹوں کے اختتام پر معدہ خالی ہوتا ہے اور غذا لفائفی کے انتہائی سرے پر جمع ہوتی ہے۔ دوسری خوراک لینے سے لفائفی کی انتہا پر اور قولون کے اندر خاص غلیظت پیدا ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے معائی مافیہ بہ سرعت آگے کی طرف حرکت کرتے ہیں۔ (معدی لفائفی اور معدی قولونی معکوسات) (50)۔ غیر شفاف غذا معدے سے کئی طور پر غائب ہو جانے کے عموماً چار گھنٹے بعد لفائفی کو چھوڑ چکی ہوتی ہے۔ لیکن لفائفی رکود کی تشخیص بلا خطر صرف اُس وقت کی جاسکتی ہے جب کہ اس غذا کے کھانے کے چھ گھنٹے بعد تک اس کا خفیف ساحصہ بھی عور کے اندر داخل نہوا ہو، یا جب کہ اس غذا کا بیشتر حصہ غذا کھانے کے نو گھنٹے بعد بھی لفائفی کی انتہا ہی میں ہو اور یہ معلوم

ہو چکا ہو کہ معدے نے خود کو تین یا چار گھنٹوں میں خالی کر دیا ہے۔ طبی طور پر غیر شفا
 غذا چوبیس گھنٹے میں معائنہ متقیم میں پہنچ جاتی ہے۔ قولونی رکود اس وقت
 موجود ہوگا جب کہ اس مدت کے اختتام پر وہ اب بھی بکلمہ امور یا قولون صاعدا میں ہو
 یا جب کہ چوبیس گھنٹے میں وہ طحالی تعریج میں پہلی مرتبہ پہنچی ہو لیکن غیر شفا
 غذا اس خوراک کے کھانے کے اڑتالیس گھنٹے بعد بھی قولون مستقرض میں موجود
 ہو۔ اگر قولونی رکود شدید درجہ کا ہے تو لفافنی اعوری مصراع کے پار معائی مافیہ
 کے گزرنے میں بھی تاخیر ہوگی (لفافنی رکود) لفافنی رکود قولونی رکود کے بغیر بھی
 واقع ہو سکتا ہے، بالخصوص تحت الحاد التهاب زائدہ کی اصابتوں میں (انڈیکل صابط
 = controlling appendix)۔

۲ چوبیس گھنٹے کے دوران میں جو براز حوضی قولون کے اندر جمع ہو جاتا ہے اس کے
 معائنہ متقیم کے اندر داخل ہونے سے تبرز کی خواہش پیدا ہوتی ہے اور معائنہ متقیم کے
 اندر براز کا یہ داخلہ ناسشتہ کھانے کے تہج یا اٹھ کر کھڑے ہونے کے تہج یا کسی اور
 روزانہ وظیفہ کے تہج سے مکسوس طور پر واقع ہو جاتا ہے۔

تبرز کے آخری عمل یعنی متقیم کے اندر براز کے داخلہ اور اس کی آخری
 تفریع میں خلل واقع ہونا نام نہاد عاداتی قبض (habitual constipation) کا ایک
 عام سبب ہے۔ ہرٹ (Hurst) نے اسے عسر تبرز کا نام دیا ہے۔ اس فعل کی
 انجام دہی کا انحصار ایک تہج پر ہوتا ہے جو معائنہ متقیم سے منتقل ہوتا ہے اور اس
 تمہیبت پر جو حوضی قولون کی طرف سے ظاہر ہوتی ہے۔ ان اشخاص میں جن میں
 اجابت پابندی اوقات کے ساتھ ہوا کرتی ہے، یہ تہج روزانہ ایک خاص وقت پر
 پیدا ہوا کرتا ہے اور اگر اسے عمل کرنے دیا جائے تو اس کا نتیجہ افراغ ہوتا ہے لیکن
 اگر اس تہج سے بے اعتنائی کی جائے اور پاخانہ پھرنے کی خواہش کو دبا دیا جائے تو
 جہ کے موقع پر اس مشکوہ کے نسبتہ کم فعال ہونے کا امکان ہوتا ہے اور کچھ زمانہ
 گزر جانے کے بعد ممکن ہے کہ یہ تہج محسوس ہی نہ ہو۔ چنانچہ اس خواہش کا دبانہ اور اس کے
 احساس سے بے اعتنائی کرنا قبض کے عام اسباب ہیں۔ کام پر جانے کے لئے جلدی
 کرنے والے اشخاص کی حالت میں عدم فرصت بڑے مکافوں میں یا لڑکیوں کے

مردوں میں جھوٹی شرم، بڑے دفاتر میں جگہ کا کافی نہونا اور بہت سے لوگوں میں محض کالمی یہ اس کا سبب ہوتے ہیں، چنانچہ اس عمل کو ملتوی کر دیا جاتا ہے یہاں تک کہ پابندی وقت کی عادت بالکل جھوٹ جاتی ہے، براز دو یا تین دن بلکہ ایک ہفتہ تک محسوس رہتا ہے اور پھر صرف لمبے ادویہ یا حقنہ کے استعمال سے افراغ حاصل کیا جاسکتا ہے۔

عسبر تبرز کا ایک دوسرا سبب ان ارادی عضلات کی کمزوری ہے جو افیہ شکم کو چھینچتے ہیں اور قولون سے معائنہ تقیم کے اندر اور معائنہ تقیم سے مہجری گذرگاہ کے آریار براز کے گزرنے میں مدد ہوتے ہیں۔ یہ شہیقی عضلات شکم، ڈایا فرام عضلہ رافع المبرز اور حوضی فرش کے دوسرے عضلات ہیں۔

اگر غیر شفاف خوراک کا بیشتر حصہ اس کے کھانے کے چوبیس گھنٹے بعد حوضی قولون اور معائنہ تقیم میں پہنچ گیا ہے، اور اگر باوجود اس کے تبرز کی خواہش نہ ہو تو عسبر تبرز کی تشخیص قائم کی جاسکتی ہے۔

براز کے گزرنے میں میکانیکی روکاؤٹیں جیسے کہ قولون کا ضغطہ یا تشنگی، براز کی سخت گٹھلیاں، بالید کی وجہ سے تضیق، عضلہ عاصرة المبرز کا تشنج، اور قولون کا تشنج (یعنی وہ حالت جسے تشنج الامعاء: entrosasmus کہتے ہیں) بڑی آنت کے کسی بھی حصہ میں تاخیر واقع کر سکتی ہیں۔ ان میں بعض حالتیں بلند تر درجہ میں مکمل تسد پیدا کر دیتی ہیں۔

علامات۔ اگر آنتوں کو اپنے حال پر چھوڑ دیا جائے تو ان کا عمل معینی اجابت دو تین چار یا زیادہ دنوں کے وقفہ سے ہوتی ہے۔ قولون یا معائنہ تقیم ہرازی مافے کی سخت گول گٹھلیوں (سڈوں) سے پُر ہو جاتی ہے، جو کیفیت پھیلنے کی رنگ کی ہوتی ہیں، اور باہم پیوستہ ہو کر تودے بنا دیتی ہیں۔ پاخانہ پھرنے کی خواہش کا نتیجہ پہلے شاید یہی ہوتا ہے کہ کانکھنے کی کوششیں ہوتی ہیں جو غیر موثر ثابت ہوتی ہیں۔ لیکن بالآخر کچھ سڈے نکلتے ہیں، اور ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے اندر کچھ اور دو یا تین بار مکرر نکلیں، یہاں تک کہ نیچے والی آنت خالی ہو جائے۔ اس کے بعد کئی روز کے دوسرے عرصے تک آنت غیر فعال رہتی ہے یعنی اجابت نہیں ہوتی۔ اس احتباس کے دوران میں ممکن ہے کہ مریض مختلف الاقسام کی بے آرامیاں محسوس کرے۔

مقامی طور پر مکن ہے کہ عجان میں پُری یا بھاری پن کا احساس ہو یا اُسے مبرز یا خارش کی شکایت ہو۔ اور مکن ہے کہ اُو ر وہ باصوری پھول جائیں، اور بوا سیر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات اعصابِ حوض پر برازی تو دوں کے دباؤ کی وجہ سے نیچے رانوں تک درد ہوتا ہے۔ اکثر شکم میں اوسط درجہ کا تمدد ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ شاید ریحیت اور ڈکاریں بھی ہوں۔ زبان اکثر فر دار، سپیدی مائل یا میلی بھوری ہوتی ہے، اور مکن ہے کہ سانس میں بدبو ہو۔ بعض مریضوں میں کستی اور پریشانی کا حال ہوتا ہے، چستی یا تازگی مفقود ہو جاتی ہے اور حقیقی درد سر ہوتا ہے، یا یہاں تک ہوتا ہے کہ بہت زیادہ ذہنی انخفاض ہوتا ہے۔ بعض اصحاب ان علامتوں کو اور بہت سی دوسری علامتوں کو ا معار کے مافیہا کی ست رفتاری یا معوی سرکود پر محمول کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 360)۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اکثر قبضِ حقد زیادہ عادی ہوتا ہے عام اختلالِ اسقندر کم ہوتا ہے۔ اور بہت سے لوگوں میں باوجود اس کے کہ انھیں آخری تفریع بہت دن پہلے ہوئی تھی خود میں کسی خرابی کا احساس نہیں ہوتا۔

جہاں براز معارِ متعیم میں مجبوس ہو جاتا ہے آخر اندک اُسے جگہ دینے کیلئے بے انتہا متع ہو جاتی ہے۔ براز کی وہ حالت کہ جبکہ اس کے سدے بن جاتے ہیں اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ وہ قولون میں مجبوس ہو جاتا ہے، اور اس اعتبار کے دوران میں اس کے اندر جو کچھ پانی موجود ہوتا ہے اُس میں سے زیادہ تر کے جذب ہو جانے کا موقع پیدا ہوتا ہے۔ اُس وقت بھی جب کہ معارِ متعیم سدوں کے تو دوں سے پُر ہو کر تنی ہوئی ہو، مبرز سے کسی قدر برازی سیال خارج ہو سکتا ہے یا مخاط کے افزائی تحریک ہو سکتی ہے، اور مکن ہے کہ ان مایعات کے اِخراج سے اسہال کی مسابہت ہو جائے۔ نسبتاً زیادہ وسیع نازلی التہابِ قولون اور برازی قرج بھی قبض سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

حوضی قولون کے اندر برازی مادے کا اجتماع مکن ہے ایسا ہو کہ وہ شکم کے حصہ زیریں میں ایک بڑی رسولی بنا دے جس کا امتیازی خاصہ یہ امر ہے کہ انگلی کے سخت دباؤ سے اُس میں گڑھا پڑ سکتا ہے۔

علاج۔ مجلایہ کہا جاسکتا ہے کہ قولونی رکود کا علاج غذا کے ذریعہ سے اور شدید تر درجوں میں ذلک شکمی ورزشوں اور ادویہ سے کرنا چاہئے، اور عسر تبرز کا علاج ترغیب اور ورزشوں سے، اور شدید تر درجوں میں درجہ دار حقنوں سے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض مریض ہر دوسرے یا تیسرے روز پاخانہ جانے کی صورت میں بھلے چنگے رہتے ہیں۔

مریض کو روزانہ پابندی وقت کے ساتھ اور بلا عجلت کئے پاخانہ جانا چاہئے خواہ اُسے اُس وقت حاجت معلوم ہو یا نہ ہو اور اس طریقہ کو بقیہ زندگی بھر ایک عادت کے طور پر جاری رکھنا چاہئے، لیکن ممکن ہے کہ اس طرز عمل کے عمدہ اثرات کا پورا اظہار مہینوں کے بعد ہو۔ عسر تبرز کی حالت میں اگر دوا وضع اختیار کرنی چاہئے غذا کی ترمیم اس نہج پر کرنی چاہئے کہ اُس میں کافی سبزیاں، ترکاریاں، سناڑہ یا مصنون پھل، یا سلاو معہ سلاو کے تیل کے مشامل ہوں۔ لال روٹی (brown-bread) بئے چھنے آٹے کی روٹی، یا بجئے کے ذلئے سے بعض اوقات آنتوں کو مطلوبہ تہیج حاصل ہو جاتا ہے۔ غذا کافی مائع بھی ہونی چاہئے، اور بعض لوگوں میں ناشتہ سے پہلے ایک گلاس ٹھنڈا پانی پینے یا ایک سیب کھالینے سے روزانہ ایک اجابت ہو جاتی ہے۔ حریص قولون کی اصابتوں میں ذلئے، آلوؤں یا دم پخت کردہ پھلوں میں جذب ناپذیر پسے ہوئے اگار اگار (agar agar) کے ایک دو چھوٹے چمچے ملا لینا مفید ہوتا ہے۔

اُن لوگوں میں جو نقل و حرکت کم کرتے ہوں اور گھر میں بیٹھے رہنے کی عادتیں رکھتے ہوں جلنے کی ورزش، شمشیر بازی، گھوڑے کی سواری، گاڑی کی سواری یا گاڑی ہانکنا اکثر مفید ہوتا ہے یا سوڈش ورزشوں سے عضلات شکم کو خاص طور پر ورزش کرائی جائے اور قولون کی مالتش اُس خط کے طول میں کی جائے جو غیر شفاف خوراک کے بعد لاشعاعوں سے ظاہر ہوا ہو۔ عورتوں میں فرش حوض کو ورزش کرائی جائے 359
یعنی مریضہ کو کہا جائے کہ وہ صبح و شام مہز کو تین بار اندر کھینچے اس طرح جس طرح کہ ریح کے اخراج کو روکنے کے لئے کیا جاتا ہے۔
لیکن بایں ہمہ ممکن ہے کہ پھر بھی ادویہ کے استعمال کی ضرورت پڑے،

اور ان کے انتخاب میں احتیاط اور غور کی ضرورت ہے۔ عام طور پر نہایت تیز یا شدید الفضل مہملات سے پرہیز کیا جائے، کیونکہ ان سے بہت سے پتلے دست ہو جاتے ہیں، جن کے اثر سے معمولی عضلہ کلی طور پر خستہ ہو جاتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بعد میں کئی دن تک کوئی تفریح نہیں ہوتی۔ لیکن یہ پہلے ہی بتلایا گیا ہے کہ قبض کا انحصار حرکت و دوی کی قلت پر ہوتا ہے، اس واسطے حد سے زائد پیچ اور خستگی سے خاص طور پر احتراز لازم ہے۔ اس نقطہ نظر سے اس سے بہت فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ معمولی ملینات کے ساتھ ایسی دوائیں بھی شریک کر دی جائیں جو معمولی عضلہ پر مقوی اثر رکھتی ہوں۔ یہ بالخصوص کچلا اور لوہا ہیں۔ سنا کی پھلیاں جنھیں چند گھنٹے گھنٹے پانی میں بھگو رکھا اور پھر پیا جاتا ہے، ایک مفید ملین ہیں۔ کاسکیرا سیگریڈا (cascara sagrada) کا مانع خلاصہ ۳۰ یا ۴۰ قطروں کی معادوں میں شربت زنجبیل (syrup of ginger) کے ساتھ شریک کر کے، یا اس کا خشک خلاصہ ۲ یا ۳ گرین کی معادوں میں گولی کی صورت میں روزانہ شب کے وقت دیا جاسکتا ہے۔ خالص لکڑ پیرافین، حالت مرض کی ضروریات کے لحاظ سے ۱/۲ اونس تا ۱ اونس کی معادوں میں روزانہ ایک یا دو بار دیا جاسکتا ہے۔ الائن (aloin) ایسا ۱/۲ گرین او کچلے کا خلاصہ ۱/۲ یا ۱/۳ گرین، ایک کارگراف متزاج ہے، جس کا استعمال صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے کرنا چاہئے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ خلاصہ لفلح (extract of belladonna) ۱/۲ گرین، یا عرق الذہب (ipeacacuanha) ۱/۲ گرین شامل کر دینا مفید ہوتا ہے۔ سلفیٹ آف آئرن (sulphate of iron) (اگرین)، الائن اور کچلے کے ساتھ بھی نہایت مفید ہوتا ہے۔ اگر روزانہ ایک گولی ناکافی ہو تو دو بلکہ تین گولیاں لی جاسکتی ہیں۔ لیکن بہر صورت اصل علاج یہ ہے کہ فعال اہمال سے پرہیز کرنا چاہئے اور جیسے ہی کہ اس کے پیدا ہونے کا امکان معلوم ہو روزانہ تین گولی کو گھٹا کر دو یا دو سے ایک کر دینا چاہئے۔ اور آخر کار آنتوں کا فعل یعنی اجابت بلا کسی قسم کی خارجی مدد کے خود ہونے لگیں۔ بعض مادیات کی حالتوں میں یا شکی عملیات کے بعد ایسینن سلیسلیٹ (eserine salicylate) یا پیچو ٹرین (pituitrin) کا تحت الجلدی اثر کیا جاسکتا ہے۔ قدرتی نمکین پانی (natural saline waters) جیسے کہ رومیناٹ

(Rubinat) ' پولنا (Pullna) ہینڈیکنوس (Hunyadi Janos) جن میں میگنیم اور سوڈیم کے سلفیٹس موجود ہوتے ہیں اور کارلس باڈ (Carlsbad) (جو خاص کر سلفیٹ آف سوڈیم ہے) جب کبھی دستیاب ہو سکیں مفید ہوتے ہیں۔ انھیں مریض ناشتہ سے پہلے ایک وائن گلاس بھر سے لے کر ایک نصف ٹمبلر تک لے سکتا ہے۔ کارلس باڈ کے نمک جو مختلف چشموں کے پانی سے نکالے گئے ہوں یا خود سلفیٹ آف سوڈیم بھی دے سکتے ہیں۔ آدھے ٹمبلر گرم پانی میں ایک چھوٹا چمچ بھر نمک حل کر کے ناشتہ سے پہلے پی لینا چاہئے۔ علاج کے آغاز میں آنت کے اندر بالخصوص سارستقیم میں جو مفتحات (aperients) کے راست عمل کے نقطہ سے نیچے ہوتی ہے، براز کا اجتماع ہوتا ہے، اس لئے اکثر ٹمنڈے پانی کے حقنوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب براز کا ایک بڑا اجتماع واقع ہو گیا ہو تو ممکن ہے کہ حقنہ کے ساتھ انگلی کی مدد سے بھی کام لینا پڑے۔ اس کے بعد چند روز تک حقنہ کا استعمال جاری رکھنا چاہئے تاکہ زیادہ قدرتی طریقہ قائم ہونے تک اس سے آنت کو تحریک حاصل ہوتی رہے۔ اس عسر و تبرز میں جو ترغیب اور ورزشوں سے شفا یاب نہ ہو، گلیسرین کے مددگار حقنہ آزمائے جاسکتے ہیں۔ انھیں ایک اونس گلیسرین سے شروع کرنا چاہئے اور بتدریج گلیسرین کو کم کرتے ہوئے اس کے بجائے پانی کی مقدار دن بدن زیادہ بڑھاتے رہنا چاہئے۔

قتال غذائی تسمم الدم

(alimentary toxæmia)

قتال غذائی تسمم الدم سے مراد خون کے اندر ان سموم کا جذب ہونا ہے جو قاتل غذائی سے اخذ ہوتے ہیں۔ اب یہ یقین زیادہ مستحکم ہوتا جا رہا ہے کہ کثیر المقدار غذائی امراضیاتی حالتیں، بلکہ صریح امراض بھی اسی تسمم الدم کے باعث ہوتے ہیں۔ مگر اس سے پہلے کہ یہ نظریہ بالکل سائنٹیفک بنیاد پر قائم کر دیا جاسکے بہت سی مشکلوں پر غالب آنا پڑے گا۔ فی الحال ہم اس سے اور کچھ زیادہ نہیں کہہ سکتے کہ وہ علاج جو اس مفروضہ پر مبنی رکھا گیا اکثر کامیاب ثابت ہوا۔ ظاہر ہے کہ سبب اور نتیجہ کی درمیانی کڑیوں کا پتہ لگانا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔

اولاً ممکن ہے کہ ان سموم کا منبع وہ عضویات ہوں جو باہر سے داخل ہو جاتے ہیں جیسے کہ عفونتِ دہن (oral sepsis) کی صورت میں کہ جس کا تذکرہ پہلے ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 321) اور ایسی صورت میں جوئے خون کے اندر بنفقاتِ سمجیہ داخل ہو جاتے ہیں یا وہ خرد عضویات جو دانتوں کے خانوں (sockets) سے آتے ہیں متواتر منگلے جاتے ہیں اور مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ یہ غذائی خستے کے مختلف حصوں میں جاگزیں ہو سکتے ہیں اور وہاں سرایتیں پیدا کر دیتے ہیں۔ حال ہی میں رثیتِ منا الہتہاب مفصل (rheumatoid arthritis) اور الہتہابِ عظمیٰ مفصلی (osteo-arthritis) کی بعض اقسام کی اسی سبب کی طرف منسوب کی گئی ہیں۔ دویم ممکن ہے کہ دراصل خود غذا ہی میں زہر موجود ہوں یا پروٹینز بمقدارِ کثیر موجود ہوں جو تحلیل ہو جائیں یا کاربوہائیڈریٹس بمقدارِ کثیر موجود ہوں جن میں تخمیر پیدا ہو جائے۔ اور ثویم ممکن ہے کہ عاداتی قبض کے نتیجہ کے طور پر غذا یا یوں کہنا زیادہ موزوں ہو گا کہ براز بہت عرصہ تک جمجوس رہے یہاں تک کہ اس میں براشیمی یا کیمیائی تغیرات نمودار ہو کر سموم یا زہری کیمیائی اشیاء پیدا ہو جائیں (معوی ساکود)۔

معلوم ہوتا ہے کہ ہضم کے پیچیدہ اعمال جو قنالِ غذائی میں معدے سے معائنہ تک (بشمول ہر دو) واقع ہوتے رہتے ہیں اور تاخیر و اختلال کے وہ امکانات جو ایک ایسے طویل کتبہ میں موجود ہیں، کیمیائی زہروں یا سموم کی تکوین کے لئے، اور دورانِ خون کے اندر ان کے داخلہ کے لئے وافر موقع بہم پہنچاتے ہیں۔ لیکن ابتدائی شاید یہ صرف جدید زہروں یا سموم کی پیدائش کا ہی سوال نہیں ہوتا بلکہ اس میکانیٹ کے نوٹ جانے کا بھی سوال ہوتا ہے جو قنالیِ قنال یا دوسرے مقامات کے زہروں کو خون کے اندر داخل ہونے سے طبعاً روکتی ہے۔ یہ میکانیٹ بعضی افرازاۃِ مخاطی اغشیہ اور ان کا مخاطاً جگر کا منع سمیت فعل اور ممکن ہے کہ غدہِ درقی کا فعل ہے۔

لیکن یہ غیر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ آیا وہ جراثیم جو عموماً آنت کے اندر پائے جاتے ہیں کوئی حقیقی نقصان کرتے بھی ہیں یا یہ کہ وہ کن حالات میں ایسا کرتے ہیں۔ اور کیمیائی اشیاء کے متعلق یہ ہے کہ انہی بہت کچھ جاننا باقی ہے، کیوں کہ بعض اصحاب تو ابتدائی (indol)، اسکینال (skatol) اور فینال (phenol) کی تکوین اور انہیں میکانیٹ

(ethereal sulphates) کی زائد تکون کو بہت اہمیت دیتے ہیں اور دوسرے اصحاب جیسے کہ میلان بی (Mellanby) امائنس (amines) میں بہت خطرہ دیکھتے ہیں، جو کہ اس وقت پیدا ہوتے ہیں جب کہ معوی جراثیم کی وساطت سے پروٹین پاش آمینو ایسڈز سے ان کی کاربن ڈائی آکسائیڈ الگ ہو جاتی ہے۔

غذائی تسیم کی ان اصابتوں پر رائے زنی کی چنداں ضرورت نہیں۔ جن میں نوعی عصبیت موجود رکھنے والی تحلیل پذیر غذا کا ادخال ہو جاتا ہے اور اس کے اثر سے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

نفرس (gout) اور اس سے مماثل حالتیں ایسی غذا کے طویل استعمال کی طرف منسوب کی جاتی ہیں جس میں پروٹینز کی مقدار بہت زیادہ ہو، لیکن یہ امر ابھی تک معروض بحث میں ہے کہ آیا ایسا اس وجہ سے کیا جاتا ہے کہ پروٹینز جلد تحلیل ہو جاتے ہیں یا آیا خرد و عنویہ پروٹینز کے ساتھ کوئی تعلق رکھتے ہیں؟ یا آیا جراثیمی سموم یا دوسرے کیمیائی مرکبات جیسے کہ پیورینس (purins) یہ فساد پیدا کر دیتے ہیں۔ اسی طرح ممکن ہے کہ کاربوہائیڈریٹس کی زیادتی بچوں میں ایک سہی حالت پیدا کر دے، جیسے تپ، متلی، ہری اجابتوں کے ساتھ اسہال اور تمد و شکم موجود ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض جلدی ثورانات کا انحصار معدی معوی بے قاعدگیوں پر ہوتا ہے، مثلاً سیب دار مچھلی کھانے کے بعد شدید شری (acute urticaria) پیدا ہونا، خواہ یہ راست تسیم کے باعث ہو یا جیسا کہ بعضوں کا یقین ہے، استہاف کی ایک مثال ہو۔

تھوڑے عرصہ سے تیسرا جزو عامل و لمبسی کا مرکز بن گیا ہے، یعنی مزمن قبض یا معدی روڈ جو احتباس براز پیدا کر دیتا ہے، سر آرٹھ ناٹ لین (Sir Arbuthnot Lane) نے اس احتباس کی طرف بہت سے خراب نتائج منسوب کئے ہیں۔ اس کا کہنا ہے کہ ابتدائی زندگی میں نامناسب غذا دینے سے اور انتصابی وضع قائم رکھنے سے آنتوں میں لٹک پڑنے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے اور یہ کہ ان کو سہارا دینے کے لئے مختلف حصوں میں باریطونی انضامات بن جاتے ہیں اور یہ کہ ازاں بعد مسلسل احتباس کی وجہ سے اور محبوس برازی ماقوے کے زائد بوجھ کی وجہ سے لفائفی کے آخری سرے پر اور آٹنا عشری میں تنیات بن جاتے ہیں جو احتباس کو اور بھی بڑھا کر اس سے اوپر کے

حصوں کا اتساع پیدا کر دیتے ہیں، اہم ساتھ ہی تمام احشائے عمومی سقوط بھی ہوتا ہے۔ اس معوی رکود کے نتیجہ کے طور پر جو برازی مادہ اس طرح مجموعہ ہو جاتا ہے اس سے سمیات پیدا ہو جاتے ہیں جو مقامی اور عمومی دونوں طرح سے منفراثر رکھتے ہیں۔ مقامی نتائج حسب ذیل کہے جاتے ہیں: — التهاب زائیدہ دوویہ (appendicitis)، اثنا عشری قورہ شنج بواب (spasm of the pylorus) معدی اتساع (gastric dilatation)، معدی قورہ، معدے کا سرطانی سلعہ اور جو فیسیزی سیلان ریم (pyorrhoea alveolaris)۔

مریض کی عام حالت میں اس معوی رکود سے جو قسم پیدا ہو جاتا ہے وہ اسے جسم کی ہر بافت میں محسوس ہوتا ہے: — ہاتھ ٹھنڈے، دوران خون ناقص، چہرے کا رنگ سیاہی مائل، چہرے اور بدن کی لونیت، صلبیہ کا دھندلا پن اور ملتحمہ کا ہتھج، ذہنی سستی، انخفاض، درد مزے خواری، جسمانی یا دماغی محنت کی ناقابلیت، وجع العصب۔ وہ بیان کرتے ہیں کہ اس کے اثرات عورتوں میں بالخصوص متلف ہوتے ہیں: — چربی کم ہو جاتی ہے، گردے ٹنک پڑتے ہیں، رحم پس خمیدہ ہوتا ہے، پستان کا دوری مرض (cystic disease) اور سرطان پیدا ہو جاتا ہے، اور تناسلی بولی خطے کی سرایت باسانی واقع ہو جاتی ہے۔

361

لیکن یہاں اس کا اعتراف ضروری ہے کہ دوسرے مشاہدین یہ یقین نہیں رکھتے کہ مریض معوی رکود دراصل اس قدر خراب نتائج پیدا کر دیتا ہے۔ وہ یہ عقیدہ رکھتے ہیں کہ ایسے مریض جن علامات کی شکایت رکھتے ہیں وہ دراصل اس ہناکت اعصاب کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں جو استبطان کی عادت کے باعث نویاب ہو جاتی ہے، اور بالخصوص اپنی آنتوں کے حرکات پر ہمیشہ مبالغہ کے ساتھ توجہ دینے سے۔

پروفیسر آرتھر کیتھ (Prof. Arthur Keith) معاریں رکود کے مبداء کے متعلق سر آر تھ ناٹ سے مختلف رائے رکھتے ہیں۔ معاد اور معدے کے حرکات پر لاشعاعوں کے ذریعہ مشاہدات اور آؤربیک کے ضغیرے (Auerbach's plexus) اور متلازم معوی ساختوں کی خوردبینی تحقیقات کی بنا پر وہ یہ نظریہ پیش کرتے ہیں کہ حرکات معدیہ معوی قتال میں جداجدہ انقطوں سے شروع ہوتے ہیں جو ان حرکات

لحاظ سے مندرجہ ذیل شعبوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں:۔ اثنا عشری صائمی لغائفی، قری قلوبی اور بُعدی قلوبی۔ ان میں سے ہر شعبہ میں حرکت دود بہ بالائی سرے پر زیادہ فاعلیٰ اور جوں جوں وہ نیچے کے طرف بڑھتی ہے نسبتاً کم فاعلیٰ دیکھی گئی ہے، چنانچہ نیچے کے سرے پر ایک ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے جو عضلہ عاصہ کے فعل سے مماثل ہوتی ہے۔ کیونکہ ان میں سے ہر شعبہ کے بالائی سرے پر قلب کی جونی اُذینی گروہ (sino-auricular node) سے مماثل، ایک عصبی عضلی بافت تسلیم کرتا ہے، جسے وہ اسی واسطے کر بی بافت کے نام سے موسوم کرتا ہے۔ اور ماساریقی (آؤربیک کے) ضغیرے کو وہ اُذینی طہینی بندل (auriculo-ventricular bundle) کا ثیل تصور کرتا ہے۔ وہ خیال کرتا ہے کہ ان میں سے کسی ایک شعبہ کے طول میں اس کی بالائی گروہی بافت سے نیچے کے طرف صدات کے با نظم انتقال میں تغیر و تبدل ہونا متعلقہ شعبہ میں سوئی رکھ دی توجیہ کر سکتا ہے بغیر اس کے کہ تین کے بیان کردہ انضمامات، بندوں اور ثنیات کی ضرورت ہو۔ وہ اس عقیدے کی طرف میلان رکھتا ہے کہ علی الترتیب مری اور معدے میں بھی اسی سے مشابہ عصبی عضلی بافت اسی طریقہ پر فعل کرتی ہو۔

طرح نہایت کامل طور پر اور طبی اصول کے مطابق غذا، مہسلات اور دوری تدبیروں کے ذریعہ سے اسی طرح پر کرنا چاہئے جیسا کہ ”قبض“ کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

اسہال

(DIARRHCEA)

اسہال سے یہ مراد ہے کہ اجابتیں معمول کے نسبت زیادہ بار بار امد زیادہ تپلے قوام کی ہوں۔ یہ زائد حرکت دود یا امد معمولی افراز یا قلیل جذب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے اسباب کی جماعت بندی حسب ذیل ہو سکتی ہے:۔ (۱) معدلہ زاد۔ اکثر کم نمک ترشگی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ۲۰ یا ۳۰ قطرے مرقق ترشہ نمک دن میں تین بار دیئے یہ اسہال رُک جائے۔ معدی صائمی تغویہ کے بعد اسہال ہو سکتا ہے۔ (۲) چھوٹی آفت

سہایت، جیسی کہ نازلی التهابِ امعاء، تپ محرقہ اور تمدن میں ہوتی ہے، اسہال کا سبب ہو سکتی ہے۔ تمدن میں پاخانوں کی ناپسندیدگی اور غیر ہضم شدہ نوعیت کمی جذب کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ مرضِ سکمی (celiac disease)، مزمن التهابِ لبلبہ (chronic pancreatitis) اسپرو (sprue) اور مرضِ چربشی (lardaceous disease) کا اسہال بھی ہوتا ہے۔ (۳) قولون اور معاء مستقلہ میں اسہال کے اسباب کثیر التعداد ہوتے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں: ذہیرات (dysenteries)، تقرجی التهابِ قولون، حاد التهابِ قولون جو اکثر عفونت بائے و مویہ کے ساتھ مثلاً تبقی ریوی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، مزمن التهابِ گردہ کا قولونی التهاب، خبیث مرض، وہ خراش جو مہملات اور حقنوں کے بیجا استعمال کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ (۴) معکوس امسالات التهابِ مرارہ (cholecystitis) اور التهابِ زائدہ و ودیہ (appendicitis) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ (۵) عصبی نظام، جذبات یا ہیٹیریا کے ذریعہ سے اسہال پیدا کر سکتا ہے، اور اسہال کی ایک شاخِ ذمہ ہے جو ہزال نخاعی (tabes) کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (۶) ایک مخلوط گروہ ہے، جس میں مرضِ گرہ (Grave's disease) کا اسہال اور انسولین (insulin) کی زیادتی سے پیدا ہو جانے والا اسہال شامل ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں مائعات کا بار بار خارج ہونا بذاتِ یہ ظاہر نہیں کرتا کہ آنت کی فعال کھلی ہے۔ مثلاً انہما دموی کے ساتھ جو آنت میں ایک جزئی تسد و پیدا کرتا ہے، مخاط اور خون کا اخراج ہو جاتا ہے۔ مخاط آمیز برازی سیال، مغرور براز کے نہایت بڑے بڑے تودوں میں سے رستا ہوا نیچے جاسکتا ہے۔ اور سب سے آخر میں ممکن ہے کہ ایک واضح طور پر منقبض آنت بھی اس پتلے مائع میں سے جو کہ تسد کے اوپر جمع ہو جاتا ہے، کی مقدار تسد کے وار پار گزرنے دے، اور اس طرح اسہال کا استنبابہ پیدا ہو جائے۔ ان کو اسہالات کاذب کہتے ہیں۔

اقسام۔ ان مادوں کی نوعیت کے لحاظ سے جو خارج ہوتے ہیں، اسہال کے مختلف نام رکھے گئے ہیں۔ مثلاً ایک اسہالِ ہیضوی (choleraic diarrhoea) ہوتا ہے، جس میں دست بڑے بڑے اور پانی جیسے، یا چانول کی بیج جیسے ہیضہ کے دتوں

کی طرح ہوتے ہیں۔ یا نر حلیوی اسہال (dysenteric stools) جس میں مخاط بڑی مقدار میں اور شاید خون بھی موجود ہوتا ہے۔ اسہالِ خُلفی (lienteric diarrhoea) جس میں معدے میں غذا پینچنے ہی پاخانہ ہو جاتا ہے۔ یہ غالباً طبعی معدی قولونی معکوسہ کی زیادتی کی وجہ سے ہوتا ہے (50)۔ اور اسہالِ صفراوی (bilious diarrhoea) جب کہ خارج شدہ مادے ایک بھورے یا سبزی مائل بھورے رنگ سے گہرے لمون ہوں جو صفراء کی مقدار میں کوئی زیادتی ہونے کے باعث اتنا نہیں ہوتا جتنا کہ اس سبب سے کہ اثناعشری اور صائم کے مافیہ جو صفراء سے لمون ہوتے ہیں، غذائی قتال میں سے سرعت کے ساتھ گزر گئے ہیں اور صفراء کے متغیر شدہ لون (یعنی یورو بائے لین = urobilin) کے قدرتی باز آئندہ کیلئے وقت نہیں ملا ہے۔ اسہالِ ذوبانی (colliquative diarrhoea) کی اصطلاح اُن کثیر المقدارِ خستگی پیدا کرنے والے اور دشوار علاج دستوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو سِل ریوی کے آخری درجوں میں ہوا کرتے ہیں۔ اسہالِ بحرانی (critical diarrhoea) کی قدیم اصطلاح اس اسہال کے لئے ہے جو ذات الریہ کے ایسے اختتام کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو بحران کے ذریعہ سے ہو۔ یہ اسہال غالباً ایک متلازم معوی قولونی التهاب کے سبب سے ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا انحصار سبب پر، یا قتل لازم حالت پر ہونا چاہئے۔ بیشتر امابتوں میں جو نوعی نہوں وہی علاج اختیار کیا جاسکتا ہے جو التهابِ امعاء کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اسہالِ خُلفی کا علاج پوٹاشیم برومائیڈ (potassium bromide) کی یوری معقدوں سے کیا جائے، کیونکہ اس کا انحصار ایک مبالغہ آمیز معوی معکوسہ پر ہوتا ہے۔

نزفِ معوی

(HEMORRHAGE FROM THE BOWEL)

پہلے تذکرہ کیا گیا ہے کہ معاءِ مستقیم کی راہ سے خون کا نکلنا تپِ معوی میں اور

معدی اور اثنا عشری قرح میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ دوسرے تقرحات (مثلاً زحیر اور تقرحی الثباب قولون) انعام الامعاء، سگنا، سگنا اور معار مستقیم کے سرطان، شدید املا کی اصابتوں کا ماساریقی مروق کی سدا دینت یا علقتیت، پریپور اور دموی مرض کی دوسری اصابتوں کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس امر سے کہ خون کس طور سے آتا ہے اس کا کچھ پتہ لگ جائے کہ وہ کہاں سے آ رہا ہے۔ معدی اور اثنا عشری قروح کے ادما میں خون افزا زات سے بہت کچھ متغیر ہو جاتا ہے، اور ایک سیاہ، کوتار کا سانیم مانع یا راب جیسا تو وہ بنا دیتا ہے (براز دمرا الاسود)۔ ٹائیفا ٹی قروح سے جو نزف ہوتا ہے سابق الذکر حالت کی طرح اس میں بھی خون براز کے ساتھ غیر مخلوط ہوتا ہے، مگر وہ نسبتاً زیادہ شوخ سرخ رنگ کا اور قلعوی مافیہ کے فضل کی وجہ سے زیادہ سیال ہوتا ہے۔ زحیر میں خون دھاریوں یا چھوٹے تھکوں کی صورت میں مختلط یا ریم کیا تھا، یا رقیق برازی مادے کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً خالص خون کی تھوڑی تھوڑی مقداریں بھی خارج ہوں۔ خون کی بڑی مقداریں بوا سیر سے یا معاً، مستقیم کے قرح سے ضائع ہوتی ہیں۔ یہاں ادما عموماً تیز کے فعل سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور یہ خون یا تو ٹھوس برازی تودہ کی ایک جانب پر دھاریاں بنا دیتا ہے یا پانانہ خارج ہو جانے کے بعد کم و بیش خالص قطروں یا دھار کی صورت میں نکلتا ہے، داء المحفري (scorbutic)، پریپوری، اور نزفی حالتوں (اسکروی، نزفی پریپور، جگر کے حاد زرد زبول، acute yellow atrophy، خبیث چمک، malignant variola) میں خون معاً مستقیم سے اس طرح آتا ہے کہ وہ (معاً کے اس حصے کے لحاظ سے جہاں سے کہ وہ نکلے یا اس آزادی کے لحاظ سے جس سے کہ وہ خارج ہو) کم و بیش براز کے ساتھ مخلوط یا خالص حالت میں ہوتا ہے۔ خون کی قلیل مقداروں کی تشخیص کے متعلق پہلے نوٹ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330) نزف کا علاج ان مختلف امراض کے ساتھ دیا گیا ہے جو اسے پیدا کر سکتے ہیں۔

قولنج

(COLIC)

اگرچہ قولنج کی اصطلاح لفظ قولون سے ماخوذ ہے، اس سے مراد وہ شنجی درد شکم ہے جو حشائی مبداء رکھتا ہے۔ وہ اس زبردست دووی حرکت انقباض سے پیدا ہوتا ہے جس کو اس وقت جب کہ وہ غذا پر سے گذر رہا ہو کوئی مزاحمت روک دے۔ قولنج غالب میں ہو سکتا ہے (قولنج کلی = renal colic) یا صفراوی قناتوں میں (صفراوی یا کبدی قولنج = biliary or hepatic colic) یا معا میں (معی قولنج = intestinal colic)۔

بحث اسباب۔ معوی قولنج کا ایک عام سبب خراش اور انسانی غذا یہ ہیں جیسے کہ لحم خنزیر، پیر، ہرن، نیل گائے وغیرہ جیسے شکاری جانوروں کا ثقیل گوشت، سیپ دار کھجلی، بریلے مشروبات وغیرہ۔ بچوں میں قولنج غیر مضمر یہ غذا کا بلکہ سادہ بسیار خوری کا عام نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی زمرہ میں زیادہ فاعلی مشہلات شمار کئے جاسکتے ہیں۔ اس کے برعکس قولنج کے ساتھ اکثر قبض متلازم ہوتا ہے، اور قسم رصاصی میں ایسا نمایاں طور پر ہوتا ہے خواہ یہ قسم حاد ہو یا مزمن (ملاحظہ ہو قسم رصاصی)۔ شاید بعض اصابتیں ایک خالصاً عصبی مائع کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں مثلاً ہزال نساعی میں معدی بھران کا شدید درد۔ سب سے آخر میں آنت کے میکانی اور حاد التهابی ضررات جیسے کہ تخنیق اور انغداد الامعاء شدید درد پیدا کرتے ہیں جو جزئی یا بکملہ عضلی انقباض کے باعث ہوتے ہیں۔ تاہم قولنج کی اصطلاح عموماً ان حالتوں کے لئے مخصوص رکھی جاتی ہے جن میں کوئی تغیر ساخت یا التهابی تغیر نہ ہو۔

علامات۔ اہم علامت درد ہے، جو ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے لیکن شکم کے دوسرے حصوں میں اردھر اردھر پھر سکتا ہے۔ دبانے سے اس درد میں اکثر افاقہ ہو جاتا ہے، لیکن بعض اوقات الیمیت محسوس ہوتی ہے۔ شکم یا تو اندر بھنچا ہوا ہوتا ہے اور عضلات شکم منقبض ہوتے ہیں یا رخ کی موجودگی کی وجہ سے پیٹ ممتد ہوتا ہے۔

جب رنج موجود ہوتی ہے تو اُس وقت جب کہ اختلاف پذیر معمولی شنج اُسے آگے دھکیلتا ہے اُس کی حرکت سے قراقر پیدا ہو جاتے ہیں۔

مکن ہے کہ یہ درد اس قدر شدید ہو کہ بہت بہوٹ پیدا کر دے جس کے ساتھ چیچیا پسینہ بکثرت آئے اور نبض صغیر و ضعیف ہو۔ بعض اوقات قے موجود ہوتی ہے۔ اکثر قبض ہو کر رہتا ہے۔ اس کے برعکس بعض اغذیہ جو قولنج پیدا کر دیتی ہیں، ابتداءً فاعلی اسہال پیدا کر دیتی ہیں جس میں دست بھورے اور پانی جیسے پتلے ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد مخاط آتی ہے۔ یہاں قولنج ایک متعین کو خفیف التهاب امعاء کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ زیادہ تیز مسہلات بھی مڑوڑ اور ”قولنج نما“ درد پیدا کر دیتے ہیں جو عموماً ہر تفریح کے بعد کم ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ قولنج کی کوئی ایک قسم شکم کے کسی حاد التهاب یا حاد معمولی تسد کے دردوں کے ساتھ غلط ملط ہو سکتی ہے۔ تمیز خصوصیات یہ ہیں:۔ مریض کی بے چینی جس کی وجہ سے ممکن ہے کہ وہ اپنے ہاتھ اور سر ادھر بھینک رہا ہو۔ اُس کی خمیدہ وضع، کیونکہ شکم پر دباؤ پڑنے سے درد میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے۔ درآں حالیکہ دوران درد میں استواری کا ہونا عام ہے، درمیانی وقفوں میں ڈھیلا پن ہوتا ہے۔ مکن ہے کہ درد ایک مخصوص سمت میں جائے، بالخصوص کلوی اور صفراوی قولنج کی صورت میں۔

علاج۔ ظاہر ہے کہ شدید درد شکم کی اصابتوں کا علاج نہایت احتیاط کے ساتھ کرنا چاہئے۔ اگر درد یقینی طور پر خراس اور اغذیہ کی وجہ سے ہو تو عموماً ایسے مسہلات کے استعمال سے افاقہ ہو جاتا ہے جیسے کہ ایک اونس ارندہ کی کاتیل (castor oil) یا بوند صغیہ ایفون (tinct. opii) کے ساتھ یا نصف اونس میگنیم سلفیٹ (magnesium sulphate) ۱/۲ ڈرام صغیہ (tr. hyoscyani) کے ساتھ۔ یا ہرینیکومیل (calomel) اور قولنج رصاصی (lead colic) کا بھی اسی اصول پر علاج کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو قسم رصاصی)۔ گرم پانی یا کیٹر آیل کا حذب بھی مفید ہو سکتا ہے اور گرم تھکدات یا گرم پانی کی شیشی شکم پر لگانی چاہئے۔ نیز ۱/۲ تا ۱/۴ اگرین پیسیپویرین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) ایک دافع شنج (antispasmodic) کے طور پر براہ دین آزمائی جاسکتی ہے۔ اگر ایسا کوئی شبہ ہو کہ

التهاب زائد، التهاب باریطون یا تسد موجود ہے تو مسہلات سے احتراز کرنا چاہیے۔
اور علاج بالعطیہ کے مسئلہ کے متعلق غور کرنا چاہیے۔

معوی التهاب

(ENTERITIS)

فناں غذائی کے مختلف حصوں کو موقوف کرنے والی ایسی کئی حالتیں ہیں جن کو فی الحقیقت معوی التهاب یا آنتوں کا التهاب کہا جاسکتا ہے۔ مثلاً وہ نازلتی عمل جس سے اسہال کے بعض اقسام پیدا ہوتے ہیں۔ فلغنی کے تدرنی اور ٹانفائی تقرحات۔ قولون کا وہ تقرحی التهاب جسے زحیر کہتے ہیں۔ اور وہ حادثات جوا نفاذ الامعاء اور تخنیقات کی وجہ سے شروع ہو جاتے ہیں فی الحقیقت سب کے سب معوی التهاب ہیں۔ لیکن ان میں سے بہتوں کو پہلے ہی متمیز نام مل چکے ہیں۔ دوسری حالتیں وہ ہیں جو محض ثانوی ہیں، اور چند ہی علامات ایسی پیدا کرتی ہیں جو اولی عارضہ کی علامات سے ماوراء ہوں۔ علاوہ ازیں دوسری حالتیں ایسی بھی ہیں جن میں آنت کے طبقات کے التهاب کے ساتھ ہی التهاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے، جو مخاطی طبقہ کے التهاب کے علامات کو بالکل پوشیدہ کر دیتا ہے۔ لہذا ان حالتوں کی تعداد جنمیں معوی التهاب کی حیثیت سے جدا نہ بیان کرنے کی ضرورت ہے، صرف تھوری ہی ہے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر ہماری بہت سی معوی حالتوں (مثلاً اسہال) کے امراضیاتی پہلو پر صحیح طور پر غور کیا جائے تو ظاہر ہوگا کہ معوی التهاب کا نام بجا طور پر زیادہ کثرت سے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

یہاں معوی التهاب کی مندرجہ ذیل قسمیں بیان کی جائیں گی :- نازلتی

معوی التهاب (catarrhal enteritis) صبیانی معوی التهاب (infantile enteritis)

enteritis، تسمم غذا (food poisoning)، اسیر و (sprue)

دُفْتھیر یا ئی معوی التهاب (diphtheritic enteritis)، فلغونی

معوی التهاب (phlegmonous enteritis)۔

نازلی معوی التهاب

(catarrhal enteritis)

(معوی نازلت = intestinal catarrh)

ہر وہ چیز جو آنت کی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرے، نازلت پیدا کر سکتی ہے، مثلاً نامناسب غذا، بعض زہر اور مسہل ادویہ۔ نازلت بعض اوقات سردی لگ جانے کی طرف بھی منسوب کی جاتی ہے۔ لیکن اس کی پیدائش میں نسبت بہت زیادہ کارگر عامل شدید حرارت ہے، چنانچہ نازلت گرما اور خزاں کے گرم موسم میں اس سے زیادہ پھیلتی ہے کہ جتنی سال کے بقیہ حصے میں۔ گرما میں اس کی کثرت وقوع سے ہر عمر کے اشخاص متاثر ہوتے ہیں، لیکن شیرخواروں پر بالخصوص حمل ہوتا ہے جیسا کہ آگے چل کر بیان کیا جائے گا۔ ممکن ہے کہ قلب اور جگر کے مرض میں، انفعالی املاء امعاء کی نازلت پیدا کر دے۔

تشریح۔ معاء کی غشائے مخاطی میں تغیرات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ جسم کی دوسری مخاطی سطحوں میں۔ بافتیں زیادہ عرقی اور متورم ہو جاتی ہیں۔ سرطانی خلیے، معہ کیبرکون کے غد کے سرطانی خلیوں کے، متورم، ابرا لود ہو جاتے ہیں، اور علیحدہ ہو کر وہ مخاط بنا دیتے ہیں جو بڑی مقدار میں موجود ہوتا ہے، اور بین آئینیہ یافتہ میں خلوی در ریزش واقع ہوتی ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں جراثیم منفردہ بڑے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں تائکل واقع ہو کر چھوٹے چھوٹے قروح پیدا ہو جائیں (جراثیمی معوی التهاب = follicular enteritis)۔ بعض اصابتوں میں غشائے مخاطی کے دوسرے حصوں میں بھی تقرح واقع ہو جاتا ہے، اور ان کے افزائش میں مخاطی رخم بلکہ ریم موجود ہو سکتا ہے۔ بالعموم یہ التهاب رفع ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ بگڑ کر بتدریج ایک مزمن حالت بن جائے، جس میں غشائے مخاطی کے اندر زیادہ نمایاں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اس میں بہت کچھ دبازت پیدا ہو کر سطح کارنگ سلیٹ (slate) جیسا ہو جاتا ہے۔ اکثر شہر بالخصوص شیرخواروں کی مزمن نازلت میں، غشائے مخاطی کا ذبول ہوتا ہے، جو غدی

نہ کہ تو ماؤف کر دیتا ہے مگر غشائے مخاطی کی عضلی تہ کو، اور تحت المخاطی بافت کو صحیح و سالم چھوڑ دیتا ہے۔

علامات - معوی التہاب کی خاص علامت اسہال ہے، یعنی پانچاٹھ گھنٹوں کا بار بار انا، جن کا قوام تیلایا مالع ہو۔ اس علامت کا سبب نہ صرف ان افرازات کا تغیر و تبدل ہے جو معوی قنال میں داخل ہوتے ہیں، بلکہ بڑی حد تک ان حرکات و دویہ کی زیادتی بھی ہے جو غشائے مخاطی کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ براز کی حالت بہت مختلف ہوتی ہے: وہ عموماً ابتداء کثیر المقدار، مایع، اور بھورے سے رنگ کا ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں نسبتاً زیادہ ٹھوس مادے کے کالے یا ڈلے ہوتے ہیں۔ لیکن جلد ہی وہ نسبتاً پھیکے رنگ کا ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ زردی مال، یا بعض اوقات سبز ہو۔ اس کا قوام اکثر بالکل پانی جیسا، یا شاید چکنا ہوتا ہے، یا اس میں لمون مخاط کے ڈلے موجود ہوتے ہیں۔ خرد بین کے نیچے غیر مضمّن شدہ غذا کے ریزے، گوشت کا ریتہ، نشاستہ کے ذرات، اور چربی، مع امونیم ملکیٹیم، فاسفیٹ کی قلموں، سرطلی اور رمی خلیوں، اور جراثیم کے نظر آتے ہیں۔ اجابتوں کی تعداد روزانہ دو یا تین سے لے کر دس بارہ یا زیادہ ہو سکتی ہے۔

قولنجی درد اکثر موجود ہوتا ہے، جو اجابت ہوئے سے پہلے ہوا کرتا ہے۔ حقیقی الیمیت بعض اوقات موجود ہوتی ہے۔ زیادہ فاعلی معوی حرکات کے ساتھ ساتھ وقتاً فوقتاً قراقرسنائی دیتے ہیں۔ تپش مختلف ہوتی ہے۔ بھوک اکثر اوقات جاتی رہتی ہے، مریض کو یاس کی شکایت ہوتی ہے، اس کا منہ خشک ہوتا ہے، زبان کیتھہ فرور ہوتی ہے، اور جب اسہال بہت زیادہ ہو تو حد درجہ کی جسمانی کمزوری ہو جاتی ہے۔ ایک نہایت ناگہانی اور حادثہ قہ کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے۔

بیشتر اصابتوں میں علامات چند ہی روز کے عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ لیکن ہے کہ اسہال دفعہ موقوف ہو جائے اور پھر ایک طویل وقفہ کے بعد اجابت ہو، یا اجابتیں بتدریج کم ہوتی جائیں اور ان کا قوام بتدریج سخت تر ہوتا جائے۔ جب یہ شکایت مزمن ہو جاتی ہے، تو مریض کو روزانہ تین یا چار اجابتیں یا بیسیہ مخاط کی آتی ہیں اور ساتھ ہی کبھی کبھی ٹروڑے درد ہوتے ہیں۔ غذا کے نامکمل ہضم جذب سے

مکن ہے تغذیہ میں بہت کمی واقع ہو جائے۔

معوی الثباب کے اختلالات اکثر اوقات بڑی آنت تک پھیل جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حقیقتہً ایک معوی قولونی التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ جب ان دونوں میں امتیاز مکن ہو تو چھوٹی آنت کی نازلت کا شبہ اس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ معدہ بھی ساتھ ساتھ مآؤف ہو۔ اس کے ساتھ اسہال کی موجودگی کا امکان کمتر ہوتا ہے، کیونکہ اسہال کا انحصار بالآخر بڑی آنت کے فعل پر ہونا چاہئے۔ تفریقاً میں اکثر صفراء اور غیر مضمر شدہ غذا موجود ہوتی ہے۔ اور اگر مخاط موجود ہوتا ہے تو وہ براز کے ساتھ نسبتاً زیادہ مخلوط ہوتا ہے۔ بڑی آنت کی نازلت میں مخاط جدّاً لوندوں کی صورت میں ہوتا ہے۔ مخاطی ریم یا خوردیم بھی پہچانا جاسکتا ہے۔ جوں جون نازلت معاء مستقیم سے قریب تر ہوتی ہے تا سیر کی علامت موجود ہونے کا امکان زیادہ ہوتا جاتا ہے۔

علاج۔ مریض کو بستر میں لٹائے رکھنا اور گرم رکھنا چاہئے۔ شدید اصابتوں میں قرین مصلحت یہ ہوگا کہ مریض کو ابتدائی چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہ دی جائے۔ لیکن پانی مریض قننا پینا چاہئے اسے دینا چاہئے۔ ازاں بعد معمولی کھانے کے بجائے آسش، آراوٹ، گائے کے گوشت کا عرق، یا کبری کے گوشت کی یخنی، جس کے ساتھ نیکی ہوئی ڈبل روٹی، دودھ اور سوڈا واٹر، یا دودھ اور چونسے کا پانی تھوڑی تھوڑی مقداروں میں ہوا دینا چاہئے۔ انھیں بہت زیادہ گرم نہیں دینا چاہئے۔ علاج کا آغاز ایک مہل کے ذریعہ کرنا عمدہ تجویز ہے۔ اس مقصد کے لئے ازندی کے تیل کی ایک ہی خوراک کافی ہو سکتی ہے، یا ریونڈ چینی کے مرکب سفوف (compound rhubarb powder) کی یا کیلومل (calomel) کی ایک خوراک۔ لیکن عام طور پر مریض کے زیر علاج آنے تک اسے آزادانہ تفریح خوب ہو چکی ہوتی ہے، اور اب اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ حرکت دودھ کی زیادتی اور وافر اخراج کو روکا جائے اور دریں بھی تخفیف پیدا کی جائے۔ لہذا انچراف اوپیم (tincture of opium) قطروں کی مقداروں میں ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں، اور اسے ایسے حابسات کے ساتھ شریک کر سکتے ہیں جیسے کہ ہماکسیلم (haematoxylum)

کتھا، نیانی جن (tannigen) (ہ گرین برشامہ کے اندر) ایرو میٹک چاک پاؤڈر (aromatic chalk powder) یا مرق سلفیورک ایسڈ (dilute sulphuric acid) - بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) اور بسمتھ سیلی سیلٹ (bismuth salicylate) بھی مفید ہیں اور امیون کے ساتھ دئے جا سکتے ہیں۔ اگر مڑ وڑ نہایت شدید ہو تو مارفیا کا تحت الجلدی اشراب کیا جا سکتا ہے۔ اگر اسہال مواظب اور خشکی پیدا کرنے والا ہے تو ۲ اونس نشاستہ کا حقنہ جس میں لاؤڈیم (laudanum) کے ۵ قطرے موجود ہوں اکثر کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے۔

صبیانی معوی التہاب

شیر خورانیجہ کئی اسباب سے اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں (۱) داراۃ صبیجہ میں جو کہ تمام ہتیمات کے لئے غیر طبعی طور پر خراش پذیر ہوتا ہے بڑھی ہوئی حرکت و دوی باسانی پیدا ہو جاتی ہے اور اس سے اسہال واقع ہوتے ہیں جو اکثر اوقات اس وافر غذا سے جو کہ بچہ کا رونا بند کرنے کی کوشش میں دی جاتی ہے اور زیادہ شدید ہو جائے ہیں (۲) ایسے بچوں سے قطع نظر بیش خورانی سور الہضم پیدا کرتی ہے جو کہ ریکیٹ اور قولنج کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حاد اسہال کے حملہ سے پہلے عدم اشتہا اور چیخی پائی جاتی ہے۔ یہ بیش خورانی موسم گرما میں جب کہ بچہ کی پیاس بجھانے کے لئے دودھ دیا جاتا ہے خصوصیت کے ساتھ واقع ہو سکتی ہے۔ (۳) مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں غذا میں شکر یا شحم کی کثرت آنت میں تخمیر اور ایک مفرق اسہال پیدا کرتی ہے۔ حملہ سے پہلے اکثر اوقات وزن میں غیر طبعی طور پر سرریح اضافہ پایا جاتا ہے۔ پسنان پر درودہ بچوں میں غذا کے اجزائے ترکیبی اتنی اہمیت نہیں رکھ سکتے۔ گوکہ ولادت کے فوراً بعد ایسا اسہال جس میں ترشخی سبز یا خاندہ ہو عام طور پر ملتائے اور اس میں زائد پروٹین دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔ (۴) اکثر اوقات اسہال کسی عمومی سرایت کی علامت ہوتا ہے۔ (۵) باسی اور طوث دودھ امعاء میں تخمیر پیدا کرتا ہے جس سے اسہال ہو سکتا ہے۔ نوعی عضویات سے غذائی خطہ کا سریشہ

ہونا، غالباً ایک شاذ سبب ہے، گوکہ چھوٹی چھوٹی وبائیں بلاشبہ وقتاً فوقتاً ہوتی رہتی ہیں۔

(۶) نام نہاد صیغی اسہال (وبائی صیغی اسہال) کا حدوث کرونائی کی پیش کے ساتھ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ طویل ارتفاع پیش کے حالات کے تحت اکثر بچوں میں غذا کا تحمل کم ہو جاتا ہے اور غذائی قتالی معکوسات مبالغہ آمیز ہو جاتے ہیں۔ یہ اس کی طلب کو یوراکرنے کے لئے دودھ کی درآمد غلطی سے بڑھا دی جاتی ہے، بجائے اس کے کہ اس کو ایسے وقت میں جب کہ جسم کم غذا چاہتا ہے کم کیا جائے۔ غذا ایسے عضویات سے ملوث ہو جانے کا جو کہ بلند تر پیش پر مشتمل حاصل کرتے ہیں اور کھینچنے کے ذریعہ اس تک آسانی پہنچ جاتے ہیں زیادہ رجحان رکھتی ہے۔ تخمیر جو کہ غذا لینے سے پہلے شروع ہو چکی ہوتی ہے، تاوقتیکہ غذا کی محتاط تقسیم کے ذریعہ عضویات کو ہلاک نہ کیا جائے، آنت میں بھی جاری رہتی ہے۔ بے چینی اور اچاٹ نیند شیرخوار بچہ کی قوت مدافعت کو گھٹا دیتے ہیں۔ بالعموم کسی ایک پستان پروردہ بچے متاثر ہوتے ہیں، لیکن مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں اس کا حدوث اور بھی زیادہ ہے، اور مرض بہت زیادہ شدید ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ اس سے آسانی میں سمجھ میں آ سکتا ہے جو کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے۔ مصنوعی غذا لینے والے اکثر بچے پہلے ہی سے سوء ہضم میں مبتلا ہوتے ہیں، ان بچوں میں تحمل پہلے ہی کم ہوتا ہے، اور ابتدائی یا متزاہد سہاریتوں سے ان کی قوت مدافعت اور بھی گھٹ جاتی ہے۔

366

علامات خفیف سوء ہضم کے علامات سے لے کر تسک کی علامات تک

اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر حالت، تدریجی التهاب سحایا (tuberculous meningitis) کے آخری درجوں کی حالت سے ملتی جلتی ہے، الایہ کہ جب بچہ کو چھڑا جاتا ہے تو کچھ وقت تک اس کے تعاملات (reactions) تقریباً طبعی معلوم ہوتے ہیں۔ آغاز پر بلند درجہ پیش ہونا عام ہے۔ بعد ازاں یہ اکثر گرجا تاہی کیتونیت کے ساتھ ببا اوقات گرسنگی ہوا (air-hunger) متلازم ہوتی ہے۔ میال کے نقصان سے پست یا فوخ اور خشک، بے لچک، بھری دار جلد پائی جاتی ہے، خاص کر شکم پر۔

شعبی ذات الریہ عام ہے۔

تھریز۔ بیش خورانی سے امدبار بار غذا دینے سے اجتناب کرنا بہت اہمیت رکھتا ہے مینوعی غذا لینے والے بچوں میں وزن کا بہت سرعت کے ساتھ بڑھ جانا، کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وافر آمد کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، لہذا ان سے اجتناب کرنا چاہئے۔ موسم گرما میں غذا کی کئی درآمد گھٹا دینی چاہئے، اور پیاس بجھانے کے لئے جوش دیا ہوا پانی استعمال کرنا چاہئے۔ دودھ حتی الامکان زیادہ سے زیادہ تازہ ہونا چاہئے اور استعمال سے قبل اس کو عقیم کر لینا چاہئے یا بطریق یا سچر گرم کر لینا چاہئے۔ اگر میزودہ میسر ہو تو روز کی رسد شیر اس میں رکھ دینی چاہئے، اور اسے صرف استعمال سے ذرا پہلے گرم کر لینا چاہئے۔ اگر دودھ کی صفت کے متعلق شبہ کرنے کی وجہ موجود ہو، تو خشک کردہ دودھ کی تجنیزات میں سے کوئی ایک استعمال کرنی چاہئے۔ تمام بوتلیں، ظروف اور چوسنیاں کامل طور پر صاف ہونی چاہئیں اور ان کو مکھیوں کی رسانی سے بچانے کے لئے ڈمکانک کر رکھنا چاہئے اور استعمال سے پہلے جھلسا لینا چاہئے۔ ترویج، کمرہ کی تمیٹ، اور بچہ کے لئے مناسب کپڑوں کی بہرسانی پر ہر وقت نگرانی کی ضرورت ہے (نیز ملاحظہ ہو طفل کو غذا دینا)۔

علاج۔ اگر اسہال شدید نہ ہو، تو ازندی کے تیل کی ایک خوراک دینا فائدہ مند ہے کیونکہ اس سے آنت کے تخمیر پذیر مایہا خارج ہو جاتے ہیں۔ غذا ۱۲ سے لے کر ۲۴ گھنٹہ تک روک رکھنی چاہئے، لیکن جوش دیا ہوا پانی آزادانہ دیا جاسکتا ہے۔ اس مدت کے بعد اگر متلازم قے موقوف ہو گئی ہو، تو غذا کو تدریج بڑھایا جاسکتا ہے، لیکن صرف اس وقت جب کہ کئی دن گزر جائیں پوری غذا کی اجازت دینی چاہئے، اور غذا میں گذشتہ غلطیاں درست کر دینی چاہئیں۔ جب اسہال غیر معانی سرایت کی علامت ہو تو غذا کی مقدار گھٹا دینی چاہئے، دودھ کو پیتونبیدہ کر لینا چاہئے اور پانی آزادانہ دینا چاہئے۔ اسہال میں افاقہ کی توقع صرف اس وقت کرنی چاہئے جب کہ ساری عمل میں افاقہ ہو۔ دارالعصبی بچوں میں کلورل کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں جو صغیہ نھاج (tincture of belladonna) کے ایک دو قطرات کے ساتھ مزوج ہوں، بہت فائدہ مند ثابت ہو سکتی ہیں۔ بچہ کے

ماحول کی پیش حتی الامکان مستمر رکھنی چاہئے۔ والدین اور ممرضات اور دوسرے بیمار بچوں سے تقاطعی سرایت (cross-infection) کے خطرہ کو اقل کر دینے میں کوئی کسر نہ اٹھا رکھنی چاہئے۔ خفیف اصابتوں میں، ممکن ہے اس کے علاوہ کسی دوسرے علاج کی ضرورت نہ پڑے، لیکن اگر اسہال جاری رہے تو ممکن ہے رینجر (Ringer) کے نیم گرم محلول کے ذریعہ معدہ اور آنت کو ہلکے سے دھونا بہت مفید ہو۔ اگر معدہ کو ہلکے سے دھویا جائے اور ایک فٹ (foot) سے زیادہ کے دباؤ سے اجتناب کیا جائے تو یہ عمل زیادہ تکلیف دہ نہیں ہوتا، اور کچھ مدت کے بعد یہ دیکھا جائے گا کہ سیال بواب کی راہ سے آزادانہ گزر جاتا ہے۔ اس طرز پر نصف پائنت گزرنے دیا جاسکتا ہے۔ اس کے بعد بچہ کو کلورل کی ایک خوراک دینی چاہئے اور اسے سونے دیا چاہئے۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ مرقق کردہ غذا کچ جائے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں اور قسم میں اگر مذکورہ بالا تدابیر ناکام ثابت ہوں تو غالباً بہترین یہ ہے کہ سوڈیم کلورائیڈ کے ۴۵ فی صدی محلول میں ۵ فی صدی گلوکوس کے مسلسل دروں وریڈی تقاطع کے ذریعہ غذا دینے کا اہتمام کیا جائے۔ بالعموم اس علاج کا آغاز نقل الدم کے ساتھ کرنا اچھا ہے جو کہ اسی قنولیجہ کی راہ سے کیا جاسکتا ہے۔ بہاؤ کی شرح ہر چوبیس گھنٹہ میں فی کلو میٹر وزن جسم علی الاوسط تقریباً ۳۰ سی سی ہونی چاہئے، تبہج کا نمودار ہونا بالعموم دلیل ہے اس امر کی کہ بہاؤ بہت سرعت سے ہوا ہے۔ ماہرانہ نگرانی قطعاً ضروری ہے، اور جب تک ایسے حالات میسر نہ ہوں ہرگز اس علاج کا اقدام نہ کرنا چاہئے۔ اگر گھر پر علاج کرنے کی ضرورت ہو تو سیال کا نقصان زیر جلدی یادروں بالیلوئی اثرات کے ذریعہ پورا کرنا چاہئے۔ بہو ط کی علامات کی چارہ جوئی براڈی (۱۰ قطرات) سے جو کہ ترقیق کر کے براہ دہن دی جاتی ہے، یا سٹرکینین (strychnine) (بیپ گرین) کے اثرات سے کی جاتی ہے۔

غذائی تسمم

(food poisoning)

انگلستان میں حادثاتی تسمم کا عام ترین سبب عصیات کے گردو سالمونیا

(salmonella) کی سرایت ہے، اور ان میں سے عصیلا بیٹرنگی (B. aertryche) (چار قسم کا) تین چوتھائی اصابتوں کا باعث ہوتا ہے۔ یہ عصیہ ایک پست شرح موت، یعنی تقریباً ایک فی صدی غالباً اس وجہ سے پیدا کرتا ہے کہ اس کی علامت اور قوتیں پست ہوتی ہیں۔ تو اثر وقوع کے لحاظ سے دوسرے درجے پر گیسٹرنگا عصیلہ التهاب الامعاء (B. enteritidis of Gaertner) ہے جو نسبتاً زیادہ تشویش انگیز اثر کا باعث ہوتا ہے۔ عصیلا طاعون خنزیری (B. supestifer) انسان کے لئے پست تشبیت رکھتا ہے اور تسمم کا ایک شدید سبب ہوتا ہے، اگرچہ وہ سوروں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ یہ زندہ اعلیٰ گرم موسم میں ایسی غذاؤں جیسے کہ ”بنائے ہوئے“ گوشت (”made up“ meat)، ”پنیر“، ”مچھلی“، ”لیکڑوں“، ام النحول اور دودھ سے بنائی ہوئی غذاؤں، بلکہ آلو اور بطخ کے انڈوں (54) تک میں داخل ہو جاتے ہیں۔ لیکن سالمونیلہ کے سموم بھی زہری ہوتے ہیں اور مین کے ڈبوں میں بند کی ہوئی غذاؤں میں موجود ہو سکتے ہیں، حتیٰ کہ اس وقت بھی جب کہ خود عصیہ تلف کر دئے گئے ہوں۔ یہ سموم یا ٹومیلنس (ptomains) ۷۱ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ عصیات محرقہ نما (paratyphoid bacilli) غالباً غذائی قسم نہیں پیدا کرتے، لیکن عصیات زحیر (dysentery bacilli) ۴۴ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ زحیر (سانی: Sonne) کی ایک وبا حال ہی میں ہوئی ہے (55)۔

عصیلا کلنگینہ (B. botulinus) جو التهاب الامعاء کے علامات نہیں پیدا کرتا، جرمنی میں بالخصوص جگر اور خون سے بنے ہوئے کلموں میں پایا گیا ہے، اور ریاست ہائے متحدہ امریکہ میں تین میں بند کئے ہوئے پھلوں اور سبزلیوں میں۔ اس کے بذریعہ قدرت میں وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اور یہ عصیہ ناہوا باشی طور پر بالیدگی حاصل کر کے ایک ایسا سم پیدا کر دیتا ہے جو نہایت قوی زہر ہے، مگر جو ۸۰ درجہ سنٹی گریڈ کی تیش سے باسانی تلف ہو جاتا ہے (53)۔

”گیسٹرنگا“ اور ”ایئرنگی“ کے علامات بالعموم غذا کھانے کے بعد چھ تا بارہ گھنٹوں کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ ہوتے ہیں: قے، اسہال، قولنج، درد، سُن پن اور کمزوری، اور ساتھ ہی شاید البیومن بولبت، نازلتی ذات الریہ،

اور جلدی ضررات جیسے نملہ، احمرار، شری اور نشتی نزفات۔ نسبت کم حاد اور زیادہ طوالت یافتہ اصابتوں میں محرقہ یا محرقہ نما بخار سے قریب ہی متا بہت ہو سکتی ہے۔ یہ اصابتیں بعض اوقات مہلک ثابت ہوتی ہیں اور امتحانات بعد المات سے حاد معدی معائی الثباب ظاہر ہوا ہے، جس کے ساتھ بعض اوقات نزفات پے پر (Peyer) کی چکیتوں کا تورم، کلانی طحال، اور جگر اور گردوں کا امتلا موجود ہوتا ہے۔ خون آنتوں، یا ٹوکس اعضا سے عصبیہ علیہ کئے جاسکتے ہیں۔ ان عضویوں سے پیدا ہوجانے والے غذائی تسم کو ٹائیفائیڈی اور پیرا ٹائیفائیڈی مراثیوں سے متفرق کرنا چاہئے، جس کا معمولی طریقہ یہ ہے کہ ان مختلف عضویوں کے لئے مریض کے مصل کی الزا قی قوت کا امتحان کیا جائے۔

عصبہ کلمگینہ سے پیدا ہوجانے والے علامات، جیکو کلمگی (botulism) کہتے ہیں، نظام عصبی سے متعلق ہوتے ہیں اور یہ ہیں :- قوت توفیق کا شل، دو نظری، استرخاء، الجفن، عسر البلع، بے صوتی، اور قلت افراز ریق۔ موت نہایت کرب و تکلیف کے ساتھ واقع ہوتی ہے، کیونکہ مریض کو پورا ہوس رہتا ہے مگر وہ نہ دیکھ سکتا ہے نہ بول سکتا ہے اور نہ نکل سکتا ہے، اور حرکات نفس بتدریج مشلول ہوجاتے ہیں (56)۔

علاج۔ معدی معوی الثباب کی اصابتوں میں مزید سہارا دینا ضروری ہے کہ روکنے کے لئے معدے کو دھو ڈالنا چاہئے، اور بہت ہبوط کی اصابتوں کے سوائے دوسری اصابتوں میں آنتوں کو صاف کرنے کے لئے ایک ملین دے دینا چاہئے۔ مہیجات، جیسے کہ برانڈی، ایتھر اور ایمونیا کی اکشر ضرورت ہوتی ہے، اور اگر اسہال ایک نمایاں علامت ہو تو افیون قلیل مقدار میں دینا چاہئے، مثلاً اُس کے صبغیہ کے ۵ تا ۱۰ قطرے۔ نہایت ہبوط کی اصابتوں میں تحت الجلد بافت کے اندر طبی مالح کا شراب کرنا چاہئے۔

شکمی مرض

(celiac disease)

یہ نام جی (Gee) نے بچوں کے ایک غیر معمولی مرض کا رکھا ہے جو اسیر و (sprue) سے کسی قدر مشابہت رکھتا ہے۔ بچہ کو جس کی عمر ایک اور پانچ سال کے درمیان ہوتی ہے، شاحب یا تھکے یا بے رنگ نیم سیال کثیر المقدار آش یا دلیہ جیسے پانخانے ہوتے ہیں جن میں سے نہایت ناگوار بو آتی ہے۔ ان پانخانوں میں چربی بہت ہوتی ہے، اور شحمی ترشے کے ساتھ کیلیم کا نقصان ہوتا ہے۔ شکم پر ہوتا ہے لیکن تنا ہوا نہیں ہوتا۔ ریجیت موجود ہوتی ہے مگر قے نہیں ہوتی۔ سرینوں کی لاغری ایک ممیز خاصہ ہے۔ بچہ کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے اور وہ دُبلتا اور بے پروا ہوتا جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہو سکتی ہے بچہ کی بالیدگی میں نمایاں تاخیر ہوتی ہے، اگرچہ اس کے دماغی یا ذہنی خصائص طبعی حالت میں ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس مرض کو بعض اوقات شکمی تصنی (celiac infantilism) کہتے ہیں۔

368

یہ حالت کاہنے کا ہے بالوں میں بھی ملتی ہے، اور خورد و میلان الذہن (idiopathic steatorrhea) کہلاتی ہے۔ بالعموم سرکہ نشت کا سراغ بچپن تک لگایا جاسکتا ہے۔ دوسرے خصائص یہ ہیں: قولون کا اتساع، تکرز لیسٹ العظام عدم دمویت، اور جلدی اضرار مصلی، فاسفورس اور کیلشیم گھٹے ہوئے ہوتے ہیں جس کی وجہ سے تکرز ہوتا ہے، اور پانخانوں میں ان کی برآمد ٹرہ جاتی ہے (51)۔ شحموں کا انجذاب گھٹ جانے کی وجہ سے ۱ اور ۵ حیاتیاتوں کی قلت کی علامات ہمیت موجود ہوتی ہیں، گوکہ کساحتی مظاہر صرف بالیدگی کے زمانہ میں منکشف ہوتے ہیں۔ ایک اور رائے یہ ہے کہ آنوتوں کے اندر شحم کا ابراہ ہوتا ہے، کیونکہ اگر یہی روغن براہ دہن دیا جائے تو وہ پانخانے میں نمودار نہیں ہوتا جس سے معلوم ہوتا ہے کہ انجذاب تسلی بخش ہے (سنیپر Snapper)۔ دیگر قاتی علامات غذا دہی کی مشکلات سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ شدید عدم دمویت عام ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ بالعموم

خرد خلوئی ہوتی ہے، اور بعد میں یہ احمر ہنوسی ہو سکتی ہے۔
 علاج - ششموں سے اجتناب کرنا چاہئے، اور حیاتیاتیں مرکز شکل میں بہم پہنچانی
 چاہئیں۔ بہت سے مریض ایسی غذا پر جو کہ تازہ کیلوں پر متکل ہو نشو و نما پاتے ہیں۔
 مالٹ زوہ رسکر (malted rusks) مرے، چوزہ، یخنچ، پانی میں اُبالے ہوئے چانول
 آلو، اور سور سے تیار کیا ہوا ریولینٹا (revalenta) بالعموم اچھی طرح برداشت ہو جاتے
 ہیں۔ اس امر کا لحاظ کرتے ہوئے کہ بہت محدود تعداد میں اشیاء دیا جاسکتی ہیں، تبدیلی
 حتی الامکان زیادہ سے زیادہ مرتبہ کرنی چاہئے تاکہ بعض اشیاء کے متعلق نفرت کا
 ایک قوی جذبہ نہ پیدا ہو جائے، جس سے ان مریضوں کو غذا دینے کی دقتیں بہت بڑھ
 جاتی ہیں۔ جب عدم دمویت کلاں خلوئی ہو تو خلاصہ جگر (liver extract) اور مارایٹ
 ضروری ہوتے ہیں، اور ان تمام اصابتوں میں جن میں عدم دمویت موجود ہو لوہا دینا چاہئے۔
 مناسب علاج کرنے پر انداز خاصا اچھا ہوتا ہے۔

فلغمونی التهاب الامعاء

(phlegmonous enteritis)

اس قسم کے التهاب میں آنت کے تمام طبقات، مہ مصلی طبقہ یا باریطون کے
 ماؤف ہو جاتے ہیں۔ عموماً شدید سُرخ اور عروقیت پیدا ہو جاتی ہے، مخاطی اور
 تحت المخاطی طبقات اس سے زیادہ دبیز، زیادہ نرم اور زیادہ بھر بھرے ہو جاتے
 ہیں کہ جتنے طبعی حالت میں ہوتے ہیں، اور باریطون عروقی، چھپچھپا، یا لمف سے
 ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ فلغمونی التهاب الامعاء مقامی التهاب کے طور پر پیدا ہوتا ہے، یا
 متصلہ حصوں سے پھیلنے کا نتیجہ ہوتا ہے، یا انخاء الامعاء یا فتن مخنوق سے پیدا ہوتا ہے۔
 علامات، اکثر اس التهاب باریطون کا نتیجہ ہیں جو اس کے ساتھ موجود ہوتا
 ہے اور وہ یہ ہوتے ہیں :- درد، فتن، مقامی الیمیت، ہبوط، تمد و شکم اور عمومی تعامل
 متذکرہ بالا خالص سرایتی اصابتوں میں معوی تہہ کے علامات ظاہر ہوئے۔
 علاج میں اولی سبب کا تدارک ملحوظ رکھنا چاہئے، اور اگر یہ موجود نہ ہو تو علاج
 تقریباً وہی ہوگا جو کہ التهاب باریطون کا ہے۔

التهاب القولون

(COLITIS)

قولون کا التهاب بھی وہی اقسام پیش کرنا ہے جو دوسری مخاطی اعنتیہ میں دیکھے جاتے ہیں، چنانچہ وہ نازلتی ہو سکتا ہے یا تقریحی۔ نازلتی التهاب القولون اکثر عمومی معوی قولونی التهاب کا ایک جزو ہوتا ہے، مماثل اسباب سے پیدا ہوتا ہے، اور نہایت مماثل علامتاں رکھتا ہے، لیکن درد، تمدد، آلیسیت، اور بار بار اجابتیں ہونا جن میں مخاط، بلکہ کبھی کبھی خون تک موجود ہوتا ہے۔ اگر معرستقیم کے قریب ہے تو تاسیر بھی ہو سکتی ہے۔ نازلتی التهاب القولون مادہ یا مزین شکل میں موجود ہو سکتا ہے، اور اس کا علاج التهاب الامعاء کے علاج سے فی الحقیقت مختلف نہیں۔ مائیفائڈ اور تدرنی ہر دو قسم کے قرحات اعور اور قولون صاعد میں پائے جاتے ہیں، جو کہ لفائفی میں مماثل ضررات کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ آشکی قرحات معرستقیم میں پائے جاتے ہیں۔ قولونی تقریح عصیوی اور اییبائی جیرہ قفیرہ قولونی (balantidium coli) کی سرایت، اور معائی شستوسومیت (متستوسومہ مینسونائی schistosoma mansoni اور شستوسومہ جاپان schistosoma japonicum) کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ وہ جو کہ دارالجمانین اور جلیخانجات کا تقریحی التهاب قولون کہلاتا ہے اور بسا اوقات جانی شکل میں پایا جاتا ہے، حقیقت میں زحیرہ ہے جو کہ عضویات کے فلیکسنروائی (Flexner Y) گروہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ حالتیں اس مزین تقریحی التهاب قولون سے متمیز ہیں جو کہ نیچے بیان کیا گیا ہے۔

مخاطی غشائی التهاب القولون

(mucous-membranous colitis)

(مخاطی قولنج = mucous colic)

(مخاطی التهاب القولون = mucous colitis)

مخاطی غشائی التهاب القولون کی امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں غشاء کے

بڑے بڑے ٹکڑے یا سبائک براہ مستقیم خارج ہوتے ہیں۔ وہ اکثر اوسط عمر کی عصبانی عورتوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن بچوں میں بھی اس کا وقوع نہایت شاذ نہیں۔ اس مرض میں عموماً حاد قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی شکمی بے آرامی، اور مزمن سو، ہضم کے دوسرے علامات۔ مرض کے حلہ کے ساتھ مروڑ کی نوعیت کے شدید درد ہوتے ہیں، جن کا نتیجہ غشاؤں کا اخراج ہوتا ہے۔ اس مرض میں قولون کے ناگہانی شنجی انقباضات ہو کر مخاط حد سے زائد پیدا ہوتی ہے۔ اس کی ترویج خمیر، میوینیس (mucinase) سے ہو جاتی ہے، کیونکہ انقباضات کی وجہ سے وہ کچھ عرصہ تک غشائی مخاطی تماس میں مجبوس رہتی ہے اور پھر جا کر خارج ہوتی ہے۔ یہ سبائک لول میں کئی انچ بلکہ کئی فیٹ ہو سکتے ہیں، اور بالکل پتلے اور نیم شفاف ہوتے ہیں اور جھپکوں کی طرح نظر آتے ہیں، اور ان میں سرطمی خلیے، ایوسین پند سپید خلیے، کالیسٹیرن (cholesterin)، اور ایومینگلیسیم فاسفٹ (ammonium magnesium phosphate) مدفون ہوتے ہیں ممکن ہے کہ معوی سربیک بھی خارج ہو۔ عموماً کیتھر نازلی الہیاب القولن موجود ہوا کرتا ہے۔ قولون کے درونہ کی تنگی کا مشاہدہ اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ غیر شفاف غذا سے قولون کو پُر کر لینے کے بعد لاشعاعی ہمارشوں کا ایک سلسلہ حاصل کیا جائے۔ حوضی قولون کا سرطان چونکہ اس مرض کو پیدا کر سکتا ہے، لہذا اسکی موجودگی کی صورت میں سکائیدین کا استعمال کرنا چاہئے۔ لاک ہارٹ فمری (Loekhart Mummery) کی رائے ہے کہ یہ مرض بہت سی حالتوں مثلاً گرد قولونی الہیاب (pericollitis) متنجی (kinking)، استرخاء اشا (visceroptosis) اور رسم کی غیر وضعیت، وغیرہ کا ثانوی نتیجہ ہو سکتا ہے۔

ان میں سے بعض اصابتوں میں سکائیدین کے ذریعہ غشاء مخاطی کا اثر اب، اُذیا، اور تقيج دیکھا گیا ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو اولی سبب کا علاج کرنا چاہئے۔ غذا کا محتاط انتخاب تاکہ ایسی غذا پہنچائی جائے کہ جو ہر قسم کی میکافی خراش پیدا کرنے والے ذرات، ریشوں وغیرہ سے معزا ہو، آہستہ کھانا اور اچھی طرح چبانا، اتا ۱۱ پائٹ نیم گرم پانی یا ۱۰ اونس روغن زیتون سے آنت کی آبیاری، یہ سب علاج کے مفید وسائل ہیں۔ شدید لفعل سہلات سے احتراز کرنا چاہئے کیونکہ وہ قولون کی خراش پیدا کر کے حالت کو

خواب تر بنا دیجئے۔ روغن بید بخیر سب سے زیادہ موزوں ہوتا ہے۔ کلوڈیرافین بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔ لفاح درد کے لئے مفید ہوتا ہے۔ ایک شکم بند کے ذریعہ شکم کو گرم بھی رکھنا چاہئے بعض اوقات ایسی غذا مفید ثابت ہوتی ہے، جس میں پھل اور سبزیاں ہوں جو زیادہ تر بے پکائی ہوتی ہوں، اور جن کے ساتھ موٹی پھلیاں اور چھلکے بھی شامل ہوں یعنی یہ غذا متذکرہ بالا غذا کی بالکل ضد ہوتی ہے اور اس وجہ سے مفید ہوتی ہے کہ یہ اس قبض کو دفع کر دیتی ہے جس میں مریض مبتلا ہوتا ہے۔ ذہنی علامات کی طرف توجہ کرنی چاہئے، اور مریضہ کے خیالات کو اس کے مرض کی طرف سے ہٹانا چاہئے۔ یہ مرض جان کے لئے خطرے کا باعث نہیں ہوتا مگر برسوں تک قائم رہتا ہے کبھی کبھی تغویہ زائدہ کی گئی ہے، اور اس طرح بنائے ہوئے فتح کی راہ تشیل کی گئی ہے۔

تقرحی التهابی قولون

(ulcerative colitis)

(خطر مالک التهاب قولون، خطر مالک تقرحی التهاب قولون)

مرمن تقرحی التهاب قولون، ایک غیر معلوم مبداء رکھنے والا مرض ہے جس کا امتیازی خاصہ براری مادہ کا بار بار خارج ہونا ہے جس کے ساتھ ریم، مخاط اور خون ملا ہوا ہے تب تکن ہے موجود ہو یا نہ ہو، اور مرض کی حاد اور مزمن اشکال پائی جاسکتی ہیں۔ خود بخود فترہ ہو جانا شاذ نہیں ہے۔

بحث اسباب۔ تقرحی التهاب قولون یورپ، امریکہ اور دیگر جگہ وسیع طور پر پھیلا ہوا ہے اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا ہے، لیکن بالغ زندگی میں سب سے زیادہ عام ہے۔ ممکن ہے اس سے قبل خرابی صحت کی کوئی حالت موجود نہ ہو، لیکن بعض اصابات مزمن عفونی فسادات مثلاً سرایت زدہ دانوں، لوزین اور اجواف کے بعد نمودار ہوتی ہیں، اور بعض لوگوں کے خیال میں اس سے اس نظریہ کی تائید ہوتی ہے کہ ایک نوعی نبتہ کسمیہ [رگن (Bargen) کا دوسری نبتہ (diplo-streptococcus)] تسمیہ عفویہ ہے۔ دوسرے لوگ فلیکسٹروائی (Flexner Y) کو ذمہ دار تسمیہ عامل سمجھتے ہیں، لیکن اس امر کی شہادت کہ ان دونوں نوعی عضویات میں سے کوئی ایک ذمہ دار ہے، نہایت تسلی نابخش

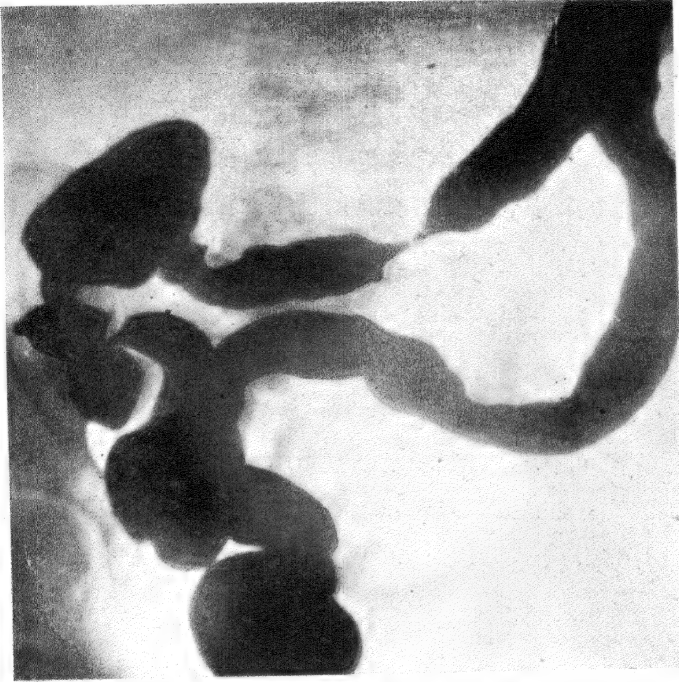
ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ غذائی قلتوں یا کسی دیگر سبب کے بعد جو کہ قولونی مدافعت کو مقامی طور پر گھٹا دیتا ہے، طبی جراثیمی نباتیات (flora) 'بالخصوص بفعہ سنجیہ' مرضیاتی خصائص اختیار کر لیتے ہیں۔

370

امراض نباتات۔ حاد خاطف امابنیں عصبوی زحیر سے مشابہت رکھتی ہیں۔ عشاء مغاطی کا عام شدید التهاب اور اس کے ساتھ ارتشاح، غشا کا تنخر اور وسیع طور پر پھیلا ہوا تقرح پایا جاتا ہے۔ معمولی مزمن امابت میں معاً مستقیم کی غشاء مغاطی میں مٹھ ہنج اور دخی تقرح ظاہر کرتی ہے اور آلہ کے استعمال سے یا پچا رنے پر اس سے ادما ہونے لگتا ہے۔ بعد ازاں، جب حالت ترقی کر جاتی ہے، تو قولون بتدریج ماؤف ہو جاتا ہے اور اس کی سطح ذراتی دائمی ملتبہ ہو جاتی ہے، آنت کی دیواریں دبیز اور متلیف ہو جاتی ہیں اور اس کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے۔ تاخیر پذیر امابتوں میں امعان لاش پر دبیز منقبض آنت، بڑے بڑے روئیں دار قرعات اور ان کے درمیان التهاب زدہ یا سعدانہ دار غشاء مغاطی کی دھبیاں، نہایت ہی ممیز ہیں بعض مقامات پر یہ قرعات مندل ہو رہے ہوتے ہیں اور ان کے سرحد کی بازتکون ہو رہی ہوتی ہے۔ مکمل اندمال سے بسا اوقات متعدد سعدانیت (polyposis) پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات۔ حاد خاطف قسم کی امابت میں آغاز دفعہ ہوتا ہے اور اس کے ساتھ اسہال اور قولنجی تسکمی درد ہوتا ہے۔ اچاہتیں تاریک بھوری اور بدبودار ہوتی ہیں، اور ان میں بہت سی مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ زبان فرور ہوتی ہے، سانس بدبودار ہوتی ہے، اور تپ، شاید شدید تعریق کے ہمراہ، غویاب ہو جاتی ہے۔ شکی تمدد اور قولون پر الیمیت اور سیتدر استواری پائی جاتی ہے۔ وزن کی نمایاں کمی اور عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے علامات میں کوئی فقرہ ہوئے بغیر مرض جاگیل مزمن تقرحی التهاب قولون، ممکن ہے حاد قسم کے بعد پیدا ہو، لیکن زیادہ کثرت کے ساتھ اس کا آغاز بے تپ اسہال کے ساتھ ہوتا ہے کہ جس میں بدبودار یا خانے بار بار آتے ہیں جن میں مخاط خون اور ریم ہوتا ہے۔ مستقیم بے آرامی یا تا سیر غویاب ہو سکتی ہے، اور عدم دمویت اور کمی وزن نمودار ہو سکتی ہے۔ کم نمک ترشکی عام ہے۔

۵ فیصدی امابتوں میں یہ حالت ذراتی التهاب مستقیم کے طور پر شروع ہوتی ہے،



الف۔ تقرری التهاب قولون۔ سطح کی چھوٹی چھوٹی بے قاعدگیاں ملاحظہ ہوں۔ (مصنف ہذا کے ایک مریض سے)



ب۔ بڑی آنت بیریم سے بھری ہوئی ہے اور قولون نازل میں عطفتات ظاہر کرتی ہے۔ (یہ شعاع منکاشت مسٹر ڈبلوانڈہ لاک نے لی ہے)

جو تدریج حوصی حاسد اور سحرش قولون میں پھیل جاتا ہے۔ آخر میں اسے اور ماف ہو جاتا ہے۔ تناذ طور پر بڑی آنت کے فلکی رقبہ جات، معارضہ ستقیم ماف ہونے سے متاثر ہو جاتے ہیں۔ یہ عید گباں، نزف، انشعاب، تضیق، آنت کی سعادیت، سرطان اور الہتباب معالجہ مشتمل ہوتی ہیں۔ ان امیاتوں میں کہ جن میں سعدانے پائے جاتے ہیں، ۲۰ فیصدی میں بعد میں جا کر خفاشت نمویاب ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ سرگزشت اور یا خانوں کے منظر سے مرض کی نوعیت کا شبہ پیدا ہونا تھا لیکن ہر اسات میں سکائٹ مینی (sigmoidoscopy) اور لاشعاعی امتحان سے تشخیص کی توثیق کرنے کی ضرورت ہے۔ ممکن ہے ستقیم امتحان سے بے تش عارضہ ظاہر ہو اور ممکن ہے سعدانے میں کئے جائیں، اور دستانہ یوش انگلی خون سے لکھ جاتی ہے۔ سکائٹ مینی سے ایک بحال طور پر الہتباب زدہ ذراتی سطح دریافت ہوتی ہے، جس سے پھارنے یا آنت کے استعمال سے باسانی اوما ہونے لگتا ہے، نیز دخی یا بڑی جسامت کے قرحات دکھائی دے سکتے ہیں۔ ستقیم اور قولون کا درونہ تنگ ہو گیا ہوتا ہے، اور اس کی دیواریں بے چک اور استوار ہوتی ہیں۔ چنانچہ اس کو ہوا سے متدد کرنے پر درد ہوتا ہے۔ سکائٹ مینی کے لئے عمومی عدم حیثیت کی کبھی ضرورت نہیں پڑتی، اور مریض کا امتحان کبھی صدری یا ظہری وضعات میں کیا جاسکتا ہے، ایک خوب نمویافتہ اسات میں لاشعاعیہ سے انوبی، تصدیقہ آنت ظاہر ہوتی ہے جس میں تاجلی بالکل زائل ہو گئی ہوتی ہے، اور اگر وسیع تفرج موجود ہو، تو قولون پر نماؤ کر م خوردہ منظر ظاہر کرتا ہے (صفحہ ۲۹ الف)۔

انذار۔ خاطف اساتیں ممکن ہے اپنے پورے عمر میں حموی رہیں۔ اور آغار سے ۲-۹ مہینے میں م جائیں۔ مزمن امیاتوں میں ممکن ہے بخار کسی نہ ہو، اور ان میں کئی مہینوں بلکہ سالوں کی مدت کا فترہ ہو سکتا ہے۔ ان حالات میں تمام علامات غائب ہو جاتی ہیں، بلکہ ممکن ہے سکائٹ مینی اور لاشعاع پر آنت طبعی منظر ظاہر کرے۔ بعد ازاں نکسات عام طور پر واقع ہوتے ہیں۔ مر بہت سالوں تک پھیل جاتا ہے اور بعض امیاتوں میں عام صحت پر بہت کم اثر پڑتا ہے۔

علاج۔ جب بخار موجود ہو تو بستر پر لٹا کر آرام کرانا ضروری ہے۔ ایک مغذی، نرم، بلند حراری، بلند جیامینی غذا کی ضرورت ہے، اور شروع میں اگرچہ اس کا ثفل کم ہو،

تاہم حتی الامکان بہت جلد اس میں بھل اور خوب لگی ہوئی جھنٹی ہوئی (pureed) سبزیاں شامل کی جاسکتی ہیں۔ ایک ایسی غذا جس میں زیادہ تر سیب شامل ہوں بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے۔ عفونی مراکز کا استیصال قرین مصلحت ہے۔ بعض لوگ خود زائنتی سبزی جدرین، برگن (Bargen) کے ضد تقریحی الہابی قولونی مصل اور ضد زہری مصل (آخرا لندہ روزانہ ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ اور ۱۰۰ اکعب سمر کی مقادوں میں دروں عضلی بادروں ریدہ لور پر دیا جاتا ہے) کی سفارش کرتے ہیں۔ لیکن استہداف سے اموات ہو چکی ہیں۔ مالچ، سوڈیم بائی کاربونیٹ، پروٹارگال (protargol) اور ایلبرجن (albargin) (بجھ) خالص پوٹاسیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) ایک گرین ایکٹائنٹ میں) ٹینک ایسڈ (tanmic acid) (ایک سے لیکر ۲ گرین ایک اونس میں) اور یوسال (eusol) کے ذریعہ قولونی تغیل مفید ثابت ہو سکتی ہے۔ ہر دوسرے روز نیم گرم معقیم مالچ کے ساتھ، اثنا عشری کی آبیاری جو اتنی مقدار میں ہو کہ آنت دھل کر صاف ہو جائے، بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے۔ روغن زیتون میں سمٹہ سب گیلیٹ (bismuth subgallate) کی ۵ فیصدی تعلیق روزانہ دیا جاسکتی ہے۔ اگر مریض عیدم الدم ہے تو علاج بالحدیدہ نقل الدم قرین مصلحت ہے، اور مرقق ترشہ نک (قرابادین برطانی) (۱/۴ - ۱ ڈرام) کھانکے بعد دن میں تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے۔ عملیتی علاج، ثقی سبزی الہابہ باریطون کے اندیشہ کی وجہ سے خطرناک ہے، اور اس کو ایسی دشوار علاج اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے جہاں طبی علاج بالکل کارآمد نہ ہو۔ نفویہ زائدہ نفویہ قولون اور نفویہ لفائفی اپنے اپنے نوٹہ رکھتے ہیں۔ وہ عفونت کش معمولات کے ذریعہ تغیل کا موقعہ دیتے ہیں اور آخر الذکر عملیہ آنت کو مکمل لور پر آرام دیتا ہے۔

التهاب زائدہ

(appendicitis)

بحث اسباب۔ یہ مرض ادمیہ عمر یا بڑھاپے کے نسبت اوائل زندگی میں، اور انات کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس شکایت کا گذشتہ چند سالوں میں زیادہ بڑھ جانا گوعام لور پر تسلیم کر لیا گیا ہے، تاہم اس کی توجہ بالکل

نہیں ہوتی۔

امراضیات۔ التهاب زائدہ عموماً عمومی عصبہ قولونی کی سرایت ہو جانے کے باعث ہوتا ہے، جو کہ آنت کا قدرتی ماتندہ ہے بعض اوقات نبقات سحمیہ، نبقات عنبیہ، عصبیہ ریم نیکلون اور دوسرے ریم ساز عضویہ، عصبیہ درنی، عصبیہ محرقی اور شعاع فطراس سے متعلق ہوتے ہیں۔ سرایت کی تحریک کہفہ زائدہ میں ایک جسم غریب کی موجودگی سے پیدا ہو سکتی ہے، جو اُس کے درونہ کو مسدود کر دیتا ہے۔ یہ ایک شاہ دانہ کی گٹھلی، مارگی کا بیج، کوئی دوسرا تخم، کڑا مال، یا ایسی ہی کوئی چیز ہو سکتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ایک زرمیا رمادی رنگ کا انجماد یا پتھری پائی جاتی ہے، جو صامت میں مٹر کے برابر ہوتی اور برائی مادے سے بنتی ہے، جس کے ساتھ مخاط، کلسی لحمات اور کثیر التعداد جراثیم مخلوط ہوئے ہیں اس کے متعلق اب یہ خیال ہے کہ یہ زائدہ کی نازلت کے بعد بخجانی ہے۔

مرضی تشریح۔ زائدہ کے طسقات کی درریزتس اور دبازتس پیدا ہو کر اُس کا کہفہ نازلتی حاصلات یا نیب سے متمدد ہو جاتا ہے، اور بالآخر تقریح اور گنگرین ہو جاتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں یہ فساد باریطونی خلاف تک پھیل جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ التهاب باریطونی محدود المقام اور انضمامی ہوتا ہے، اور زائدہ متصل آنت سے چپک کر دائیں مرقعی خطہ میں ایک کم و بیش مزاحم تودہ بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ زائدہ کے گرد ایک خراج الزائدہ بنجائے اور انضمامات اسے عام کہفہ باریطون سے علحدہ کر دیں، اور زائدہ عموماً مشقوب یا گنگرینی پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات انضمامی التهاب باریطون واقع ہونے سے پہلے ہی زائدہ میں انشعاب یا اغثنات واقع ہو جاتا ہے اور پھر ایک نہایت ہملک قسم کا عام التهاب باریطون بہ سرعت پیدا ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی التهاب باریطون، جو ابتداء مقامی ہوتا ہے، بتدریج پھیل کر شکم کے مختلف حصوں میں باریطونی خراجات بنجاتے ہیں، مثلاً خراج گرد و کلوئی، زیر ڈایا فرامی خراج، یا خراج الحوض۔ استثنائی اصابتوں میں سرایت رسا عضویہ و رید الباب کی راہ سے مگر میں پہنچ کر نقیجی التهاب و رید الباب اور خراج الکبد پیدا ہو جاتے ہیں۔

لیکن اگر اغثنات یا نقیج نہیں واقع ہوا تو اس کے یہ معنی ہرگز نہیں کہ التهاب بظاہر رفع ہو جانے سے مرض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ اس حالت کا عکس واقع ہو سکتا ہے،

اور اس حملہ کے چھ مہینے بعد سے لیکر دو یا تین سال بعد تک سادہ التهاب پھر پھر ٹھکانے پر اور یہ بات تو مندرجہ بالا کیہیئتوں میں سے کسی ایک میں مختم ہو جاتا ہے، یا التهاب میں پھر اضافہ ہوتا ہے، لیکن شاید وہ ایک اور وقفہ کے بعد پھر فعال ہو جاتا ہے۔ ان وضعوں میں جیسا بعض اصناموں میں علیہ کرنے پر ظاہر ہوا ہے، زائد کی دلیواروں کی دبازت اور درریش یانی جاتی ہے، ساتھ ہی اس کے وسط میں اکثر ایک تگی اور بعدی سرے پر اتساع ہوتا ہے، شاید اس کے کہہ میں انجمادات موجود ہوتے ہیں، اور خارجاً باریطونی انضمامات۔ یا مکن ہے کہ مضموس ہو کر راندہ لینی ہو گیا ہو۔

372

علامات - حاد حملہ - حملہ کی ابتدا اکثر سیقدر ناگہانی ہوتی ہے۔ مریض کو یوں ہی، یا کچھ عرصہ کے سوہم کے بعد جس کے ساتھ کچھ قفس یا اسہال کبھی ہوا ہے کبھی نہیں ہوتا، شدید درد شکم کا حملہ ہو جاتا ہے، جو پہلے سارے شکم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے لیکن جلد ہی دائیں طرفی حصہ میں زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی کسلی متلی، قے، اور کسیتہ رحموی تعال ہوتا ہے۔ زبان فر دار ہوتی ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، تشنگی موجود ہوتی ہے، اور آنتوں میں قفس ہوتا ہے مکن ہے کہ شکم سیقدر متعدد ہو، لیکن وہ دائیں طرفی حصہ میں عموماً استوار اور اہم ہوتا ہے۔ اگر زائدہ حوض کے اندرونی ہے تو مکن ہے کہ یہ استواری غیر موجود ہو۔ ایسیت اکثر متعین طریقہ اس فعلیہ و واقع ہوتی ہے جو دائیں اگلے بالائی سو کی زائدے سے تقریباً ۳ انچ فاصلہ پر اس خط پر ہوتا ہے جو اس راندہ سے ناف تک کیسی ما (نقطۃ مکبہ) = Mc Burney's

point، لیکن ہے کہ یہ علامات چند روز تک جاری رہیں اور قے، درد اور تمدد علاج کے اثر سے کم پڑ جائیں اور یہ شکایت دور ہو جائے۔ یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ درد ابتداء سارے شکم پر پھیلا ہوا یا راندہ کے خطے میں محدود المقام ہو۔ مکن ہے کہ وہ شرکیفی ہوا یا اس جانب پر ہو وہ بار بار تہری ہوتا ہے، اور مکن ہے کہ بائیں جانب پر شروع ہو کر دائیں جانب کو جائے، حرقفی حصری عضلہ میں درد ہو سکتا ہے، جس کا اظہار مریض کو بائیں کرٹ پر اٹا کر اور دائیں کو اٹھے کو پیش بٹ کر کے کیا جاسکتا ہے۔ یا اسوقت جبکہ زائدہ حوض حقیقی ہوں ہو عضلہ سادہ اندرونی میں درد ہو سکتا ہے، اور اس کا اظہار گھٹنے کو خمیدہ رکھ کر دائیں ران کو باہر کی طرف گھمانے سے کیا جاسکتا ہے (اھارت عضلہ سادہ) کبھی کبھی قفس

میں بھی درد ہوتا ہے۔

جب یھوڑا بالے والا انتقاب واقع ہو جاتا ہے، اور زائدہ حوضِ جفنی کی گھر کے اوپر واقع ہوتا ہے، تو یہ استواری اور مزاحمت نسبتاً زیادہ متعین طور پر محدودا مقام ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایک متعین رسولی بادیں، حکمی حد بندیا بیرونی جاب پر اور نیچے علمِ حرقی کے عرف اور رُباطِ پوپارٹ کے ذریعہ ہوتی ہے اور جو رُباطِ پوپارٹ سے ناف تک کے فاصلہ کے نصف یا دولتِ حصوں تک پھیلتی ہوئی ایک محدب کنارہ بناتی ہے۔ قرح کرنے پر وہ اکثر بالکل ٹھوس یا آصم پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات اُس میں ایک ترمیم شدہ لمبلی آواز ہوتی ہے، اور بقیۃ شکمِ ظلم اور گمگ دار ہوتا ہے۔ پیشِ بلند ہو کر ۳-۱۰ یا ۱۰-۱۲ درجہ فارن ہاٹ تک، اور نبض ۱۰۰-۱۲۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ دردِ بقیۃ عذگی کے ساتھ یا دوسرے کسے طور پر ہو سکتا ہے، اور اکثر نیچے دائیں ٹانگ تک جا پہنچتا ہے۔ موافق اصابتوں میں، اگر عملیہ میں تاخیر ہو جائے تو ممکن ہے کہ یہ رسولی بتدریج کم متعین اور چوٹی ہو کر بیٹھ جائے، چنانچہ وہ ظاہر ہونے کے بعد سے دس تا بیس یوم میں غائب ہو جاتی ہے، اور پ اور دوسرے ناموافق امارت بھی کم ہو جاتے ہیں۔ اس کے برعکس اُسوقت جبکہ زائدہ حقیقی حوض کے اندر ہو، ممکن ہے کہ انتقاب کا نتیجہ یہ ہو کہ درد موقوف ہو جائے، اور شکم کی استواری تو ہوتی ہی نہیں۔ ایسی حالت میں باوجود اس کے کہ حوضی التهاب باریطون موجود ہوتا ہے، تشخیص نہیں ہونے پاتی۔ علاوہ امارتِ عضلہ سادہ کے، جس کا تذکرہ اوپر کیا گیا ہے، عمیق الوقوع پھوڑا براہ معاً مستقیم یا براہِ مہل محسوس کیا جاسکتا ہے، یا وہ (۱) مثلاً کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے تو اترا تبول، یا (ب) عضلہ مستقیم کے قریب واقع ہونے کے باعث اسہال اور تاسیر پیدا کر سکتا ہے۔

رائدہ کا اغتاتِ جلد واقع ہو جانے کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ مقامی دلائل بالکل غائب ہوں، یا اس قدر خفیف ہوں کہ مریض انھیں مبطل محسوس کرے، یا اس قدر قلیل المدت ہوں کہ مرضی حالت ابتدا ہی سے، یا جلد ہی، عام التهاب باریطون کی نوعیت رکھتی ہے (ملاحظہ ہو التهاب باریطون)۔

حساسیت درد یعنی دُکھن کا احساس، یا محض پیشِ حیتیت یعنی بڑی بڑی ہونی لمبی حیتیت، تشخیص کے لئے کارآمد ہو سکتی ہے۔ اگر ایک الپین کو مستمر وادہ پر رکھ کر جلد پر

کھینچا جائے، یا اگر جلد کو اٹھلی اور انگوٹھے کے درمیان آہستہ سے چٹکی میں لیا جائے تو یہ ظاہر ہو جاتے ہیں۔ حاد التهاب زائدہ میں یہ امارات تقریباً ۶۰ فیصدی امیباتوں میں پائے جاتے ہیں، اور تقریباً ہمیشہ دائیں حرقفی حفرے میں ہوتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ پیچھے اور بائیں جانب بھی ایسے مزید رقبے ہوں (58)۔ حساسیت درد ایک بعید السبب وجہ ہے اور یہ امر کہ کسی تندرست خُشاد کی دیواروں کو تاننے سے وہ مصنوعی طور پر پیدا کیا جاسکتا ہے اور اس تناؤ کے موقوف ہو جانے کے بعد تقریباً ایک گھنٹہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ ظاہر کرتا ہے کہ التهاب کے ساتھ اس کا تعلق ہونا ضروری نہیں، بلکہ وہ زائدہ کی یا شاید لغائی اور اعور کے ایک قطعہ کی دیواروں کے تناؤی اتساع اور تناؤ کا نتیجہ ہے۔

التهاب زائدہ کے نکسات کی صورت میں، جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے، علامات بالکل ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ اولی حلوں میں لیکن عام التهاب باریطون کا اندیشہ غالباً کمتر ہوتا ہے، کیونکہ ضرر کے گرد انضمامات بن چکے ہوتے ہیں۔

نحت الحاد التهاب زائدہ میں زائدہ کے خطے میں گہرا دباؤ ڈالنے سے خفیف سا درد پیدا ہو سکتا اور دبازت محسوس ہو سکتی ہے۔ اکثر اوقات اس سے تکلیف دہ علامات پیدا ہو جاتے ہیں، جو غلط فہمی پیدا کر سکتے ہیں، کیونکہ ان سے زائدہ سے دور کے کسی مرض کا ایسا ہوتا ہے۔ مثلاً مریض کو درد کے حملے شراکینی یا ستری خطے میں ہوتے ہیں، بعض اوقات بائیں جانب تک میں ہوتے ہیں، یا اگر زائدہ حوض کے اندر ہے تو معائنہ مستقیم میں ہوتے ہیں۔ آخری مثال میں ممکن ہے کہ چشاب بار بار آئے، اور دوسری مثالوں میں قے ہو سکتی ہے۔ یہ درد چند گھنٹوں سے لیکر ایک یا دو دن تک جاری رہتا ہے۔ امیباتوں کا ایک اہم گروہ وہ ہے جس میں علامات ایسے ہوتے ہیں کہ ان پر معدی قرعہ کے اور نسبتہ کم بار اثنا عشری کے قرعہ کے علامات کا دھوکا ہوتا ہے۔ بعض امیباتوں میں زائدہ کے مقام پر دباؤ ڈالا جائے تو شراکینی میں درد کا احساس ہوتا ہے۔ یہ درد درش یا ریاضت کرنے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ حملے وقفوں کے ساتھ چند سال تک ہوتے رہتے ہیں، اور شدید حلوں کے بعد جو وقفے ہوتے ہیں ان میں بھی مریض بہت سی مثالوں میں درد سے کلی طور پر معزاً نہیں ہوتا۔ معدی اور اثنا عشری مرض کے اس اشتباہ کو راشدی سوء هضم (appendix dyspepsia) کہتے ہیں، اور ان علامات کو ایسے سوء هضم

کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے جو زائندی خطے سے معکوس طور پر پیدا ہوتا ہے۔
تشخیص - کسی لڑکے یا لڑکی میں حاد عام التهاب باریطون جو ظاہر خود بخود پیدا
 ہو جائے تقریباً ہمیشہ التهاب زائندہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ سبب زیادہ عموماً لے مریضوں میں
 بہت سے ضررات التهاب زائندہ کے ساتھ خلط ملط کئے جاسکتے ہیں شکم حاد کے تقریباً تمام
 اسباب پر مختلف اوقات میں اسی کا غلط گمان ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 320)۔
 گذشتہ سرگزشت پر اتم درد اور الیمیت کے محل وقوع پر اور ان مقامی حالات پر جو
 بیرونی امتحان اور براہ معائنہ مستقیم امتحان سے دریافت ہوں، اچھی طرح خود کرنا چاہئے۔
 نسبت بعد کے درجہ میں، جبکہ رسولی بنگلی ہو، اسے راری احتمالات، عوارض
 جبث بالید، حرکت پذیر گردے، عورتوں کے حوضی اعضاء کے التهاب اور خصری پھوڑ
 سے متمیز کرنا پڑتا ہے۔

زائندی سوء ہضم کی تشخیص کا انحصار بعض مقامی امارات پر ہوتا ہے جو
 زائندی خطے میں ظاہر ہوتی ہیں۔ نیز برازیل میں مغنی خون کی عدم موجودگی پر (اگرچہ یہ یاد رکھنا
 چاہئے کہ مزمن التهاب زائندہ اور مغنی قرعہ کا ایک ساتھ واقع ہونا غیر عام نہیں)، اور
 مغنی قرعہ یا التهاب مرارہ کی دوسری منعی شہادت پر۔ امارت باسٹڈو (Bastodo's
 sign) ایک قیمتی تشخیصی کاغذ ہے۔ یہ یہ ہے کہ جب ایک مستقیم ابوہ کے ذریعہ آہستہ آہستہ ہوا اندر
 پمپ کر کے قولوں کو پھیلا دیا جائے تو دائیں حرقفی جگر سے درد اور الیمیت پیدا ہو جاتی ہے۔
 تندرست شخص میں اس سے صرف کس قدر بے آرامی تو پیدا ہو جاتی ہے، لیکن درد
 صرف بہت زیادہ تمتد سے ہوتا ہے اور پھر یہ کہ درد دونوں طرف یکساں ہوتا ہے۔
 جب التهاب زائندہ موجود ہوتا ہے تو اس طرح پھلانے سے دائیں حرقفی خطے میں درد پیدا
 ہو جاتا ہے اور زائندی خطہ اب دبانے پر الیم پایا جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے ہی سے الیم ہے تو
 الیمیت کا یہ احساس اور زیادہ شدید ہو جاتا ہے بعض اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پھلانے
 کے بعد اس مقام کو دبانے سے نرل سیف کا وہی درد نمودار ہوتا ہے جو کہ مریض کو از خود
 پیدا ہوا ہے (Hurst)۔ مریضوں کی بہت بڑی تعداد میں بیریئم سلفیٹ اور جیاجھ
 کی غذا (Redding) دینے کے نتیجے میں تاخیر
 سے زائندہ دیکھا جاسکتا ہے۔ خود زائندہ دودھ کی رویت سے

ریادہ اہم امور ہیں: مقامی الہمیت، اعور اور اختتامی لعا نفی کی یہ طبعی تثبیت اور لعا نفی قولونی عاصہ کی راہ سے غذا گزرے میں تاخیر، یعنی معدی لعا نفی معکوسہ کی کمی، جس کا امتحان اس طرح کیا جاتا ہے کہ بریم ملا ہوا کھانا دینے کے چار گھنٹہ بعد ایک کھانا دیا جائے اور اس کے ایک گھنٹہ بعد اعور کا معائنہ کیا جائے۔ (35, 36)۔

انذار۔ تفاقا لندن کے تازہ اعداد و شمار کی رو سے التهاب زائدہ کی ان تمام اصابتوں میں جن میں حملہ شروع ہونے کے بعد پہلے چوبیس گھنٹوں کے اندر علیہ کیا گیا تعداد اموات ۲۰ فیصدی تھی۔ یہ دوسرے دن بڑھ کر ۴۹ فیصدی ہو گئی اور تیسرے دن ۷۵ فیصدی ہو گئی۔ علیہ جبق در جلد کیا جائے انذار اسی قدر بہتر ہوتا ہے۔

علاج۔ اس واقعات نے کہ التهاب زائدہ بہت کم علامات ہونے ہوئے بھی سنگریں اور نفیج کے درجوں تک ترقی کر سکتا ہے، اور بلا علیہ کے خطرہ کی وسعت کا صبح اندازہ کرنا بہت مشکل ہے، یہ عقیدہ راسخ کر دیا ہے کہ جب کبھی التهاب زائدہ کی باقیی یا نہایت اغلب تشخیص قائم ہو جائے زائدہ کے استیصال کا تہہ کرنا چاہئے اور اسے حتی الامکان جلد ترین موقع پر انجام دینا چاہئے۔ اگر تشخیص کے متعلق شبہ ہو، با علامات نسبت کم صوری التوجہ ہوں تو اور انتظار کرنا چاہئے۔ اسی صورت میں مریض کو بستر پر رکھا کر کھنا چاہئے، اور اسے صرف دو کچھ تین چوس فوڈ (Benger's food) یا ایسی ہی چیزیں کھانے کے لئے دینی چاہئیں۔ گرم سالہ بورک (hot boric lint) یا تھکدات استعمال کرنی چاہئیں، اور تمام قسم کے مفتحات سے امتراز لازم ہے۔ باستثناء اس کے کہ اگر حال ہی میں پاخانہ نہوا ہو تو ایک سادہ حقنہ دیدیں۔ یہ سوال کہ آیا ہر اس اصابت میں جو طبی معالجہ سے تفاق یا ہو چکی ہے، توالی مرض کو روکنے کے لئے چند ماہ بعد علیہ کر دینا چاہئے یا نہیں، ہنوز تصمیمی طلب ہے۔ لیکن اگر دوسرا حملہ ہو جائے تو علیہ کرنے کے اس موقع سے یقیناً فائدہ اٹھانا چاہئے۔ اس موقع پر یہ احتیاط عمل میں لانی چاہئے کہ کسی متلازم مرض کے لئے شکم کے دوسرے حصوں، اور بالخصوص مرارہ کا امتحان کر لیا جائے۔

عطفیت

(DIVERTICULOSIS)

زنی آنت کے متعدد عطفے، جو غشائے محاطی کے چھوٹے نتھوں کے سلسلہ کی راہ سے روانہ شری (appendices epiploicae) کے اندر ابھرتے ہیں، اس آنت کے کسی بھی حصے میں مل سکتے ہیں، لیکن حوصی قولون تقریباً تین چوتھائی اصابتوں میں ماؤں ہوتا ہے۔ بیتس عطفی درجہ، آنت کا ایک مقامی عارضہ ہے اور تراش کا نتیجہ ہوتا ہے جنف ساوروشکم اور مقامی البیبت ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا (۲ اگر بس پیریم سافٹ جو... ہسی سی، ماریک کے مالٹیڈ ملک یا چھا چھ میں معلق ہو) یا غیر شفاف حقنہ (59) کے بعد لانتھوں سے شخص کی جاتی ہے۔ اس وقت جبکہ قولوں ماؤں ہو اس حصہ کے خاکہ کا مسطرنا ہوا رہتا ہے (سکل ۹م، ب)، اور طعی تاجیکوں (haustra) کے درمیان کا انقطاع ملغوس ہوجاتا ہے (۱)۔ اس کے بعد دوسرا مرحلہ عطفوں کا بننا ہوتا ہے، اور غالباً اس کا سبب معقدہ ترکیبی تند رہے (ج)۔ جب عطفے میں راری اجتماع ہوتا ہے تو وہ ایک حصاة الرار (stercolith) بنا دیتا ہے، یہ پیریم آسے صرف جزو پر کرتا ہے، لہذا وہاں ایک پسالہ ماچھائیں ہوتی ہے، جو تاجیک کے مقبص ہونے پر حرکت کرتی ہے (د)۔ اور ممکن ہے کہ وہ گردن کے قوی انقباس سے قولون کے کہنہ سے بالکل بے تعلق ہو جائے (س) (یہ ملاحظہ ہو صفحہ ۲۹، ب صفحہ 370)۔

التهاب عطفہ

(diverticulitis)

عطفیت بلا کسی علامت کے ساہا سال جاری رہ سکتی ہے، لیکن التهاب عطفہ کیس وقت بھی نمودار ہو سکتا ہے۔ اس کی اولین لاشعاعی امارت عطفہ کی گردن پر ظاہر ہونی ہے، کیونکہ اسی نقطہ پر در ریزش واقع ہوتی ہے۔ تاجیک مزید کہنا ظاہر

کرتی ہے، اور ساتھ ہی زاویہ متداخلہ کند ہو جاتا ہے (س)۔ سب سے زیادہ تمیز یہ واقعہ ہے کہ تاچکوں کی لمبی حرکت کا، جو سلسلہ وار فلموں سے ظاہر ہوتی ہے، بالکل امتناع ہو جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں بہ عطفہ الہتابی دبازت کی وجہ سے تعلق ہو جانے میں (ع)۔ یا اُن کی گردیں اسقدر چوڑی ہو جاتی ہیں کہ جھبیں ۷ کی شکل کہہ ہو جاتی ہیں (ص) (ط) اور ف کے مقام پر ایک انتہائی انطاسی درجہ دکھلایا گیا ہے، جو لمبی بیش تکون کی وجہ سے واقع ہو گیا ہے۔ دوسرے تغیرات جو عطفوں کو ماؤف کر سکتے ہیں یہ ہیں :- (ا) (تقیق)۔ (ب) انتقاب اور التہاب باریطون (ج) قرب و جوار کے اعضاء کے ساتھ ناموسری ارتباط۔ (د) عطفے کا مڑا جانا جس سے اُس کی تخنیق واقع ہو جائے۔ (س) سرطان کا ثانوی طور پر نیویاب ہو جانا۔

التہاب عطفہ کے علاہات خفیف قسم کے التہاب کے ہوتے ہیں جو بڑی آنت میں، اور عموماً بائیں طرف شکم کے زیرین حصے میں ہوتا، اور متصلہ ساختوں میں پھیل جاتا ہے۔ اکثر شکم میں بے آراچی اور اس سے کتر بار درہد ہوتا ہے جو بالعموم غذا کے ساتھ غیر متعلق ہوتا ہے اور ناف کے قریب یا اُس کے نیچے لیکن بالخصوص بائیں حرقفی حفرے میں واقع ہوتا ہے، اور بارہا وقفہ وار ہوتا ہے لیکن ہے کہ وہ کسبھاؤ کے احساس اور درپشت کی شکل اختیار کر لے۔ عام رحیمیت اور تمدد کا احساس عموماً بیان کئے جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ علامات صرف یہی ہوں۔ فی الحقیقت یہ بھی ممکن ہے کہ التہاب عطفہ کی ایک ترقی یافتہ حالت موجود ہو اور اُس کے ساتھ کسی قسم کی شکایت نہ ہو۔ قنض، اجابتوں کی بیقاعدگی، اسہال، یا نامتام تفریج کا احساس اکثر موجود ہوتا ہے۔ مشانہ کی ماؤفیت کی مثالوں میں ممکن ہے کہ قبول بار بار ہو، اور بعض اوقات وہ پاخانہ ہو جانے کے بعد درد کے ساتھ ہو۔ یا پہلے قبول بلا در ہو اور بعد میں درد ہو۔ باستثناء بہت موٹے اشخاص کے، بائیں حرقفی حفرے میں ایک گمہ شکل رسولی مسوس کی جاسکتی ہے، جو بعض اوقات الیم ہوتی ہے لیکن ہمیشہ نہیں ممکن ہے کہ اس میں ماد التہاب پیدا ہو، اور اُس سے مریض کو تپ اور قنض ہو جائے بعض اوقات التہاب عطفہ قولون کے دوسرے حصوں میں ہو جاتا ہے۔

نزف براہ معار مستقیم عموماً نہیں ہوتا۔ بالعموم التہابی ضرغشائے مغالی کے باہر

375



شکل ۲۹ - ۱۔ پیچے طبعی تاجکیں ہیں اور اوپر پیش طبعی حالت کی چھوٹی چھوٹی چلیکتیاں۔
 ب۔ پیش عطفی حالت کے رقبے آنت کے محیط کو متاثر کرتے ہیں اور طبعی تنگی پیدا کرتے ہیں۔
 ج۔ آنت کا وہی ٹکڑا (جو کہ ب میں ہے) علاج کے بعد تنگی بالکل نہیں ہے۔
 بے فائدگیوں، جو کہ پیش عطفی حالت کا مابقی ہے۔ نیز چھوٹی چھوٹی چلیکتیاں۔
 د۔ برائے حصاۃ البراز بردار عطفہ۔ نقطہ دارخط، دوران ارتخا میں اسکی وضع کو ظاہر کرتا ہے۔ سلسلہ خلک (جو کہ ایک سیکنڈ بعد ایک سلسلہ وار فلم پر محال کیا گیا) ایک تاجک کا انقباض ظاہر کرتا ہے۔

س۔ یہ بھی سلسلہ وار فلموں پر لی گئی ہے اور تاجک کا اعظم انقباض ظاہر کرتی ہے۔

ص۔ عطفی کی گزروں پر زناویہ متبادل کا کہہ رہا ہے۔ ص۔ عمومی دوبار کی حمایت مازت۔ عطفی گزروں میں کھل گئی ہیں۔ ط۔ اس امر کی شہادت کہ انتہائی تغیرات متقابل کی دیوار کھٹ میل گئے ہیں۔ ح۔ عطفات کا آست کے دروازے سے بے تسلسل ہو جانا۔ ح۔ یہی احصائیت ۴ سال کے بعد ترقی یافتہ اطباء میں درجہ ظاہر کرتی ہے۔ باستناد اور اس کے باقی شکل میں مسئلہ دارخط، باطنی سطح ظاہر کرتا ہے۔

واقع ہوتا ہے۔

پیمیدگیوں کے باعث بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔ جب تفتیح واقع ہو جاتا ہے تو بائیں ترقیعی حشرے میں، صرف شکم کے بائیں جانب پر، الٹہاپ زائدہ جیسا مادہ الٹہابی اجمد ہو سکتا ہے۔ الٹہاپ عظمہ معوی تک دیدیا کر سکتا ہے۔ ماسوروں کے بننے یا انشخاب ہونیکے باعث علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔

انڈازہ لطیف اور الٹہاپ عظمہ دونوں کے ابتدائی مرحلوں میں اندراجما ہوتا ہے، بشرطیکہ مناسب علاج اختیار کیا جائے۔

علاج۔ عفونی مراکز کو خارج کر دینا چاہئے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے اور اس میں میل اور ربہ یاں بکثرت موجود ہوں۔ کھانا مائع مدگی اور پابندی اوقات کے ساتھ کھانا چاہئے۔ یاخانہ صاف ہونے کے لئے پیرافیس استعمال کی جاتی ہے، اور پاچار کے لئے پابندی اوقات کی سادہ ڈالنی چاہئے۔ ہر تیرے دن طبعی مائع سے قولون کی نفیس کرنی چاہئے۔ روغن زیتون (olive oil) کے حصے بھی معید ہوتے ہیں۔ بہترین یہ ہے کہ مسہلات سے احتراز کیا جائے، اور، لک کرانے کی ہدایت ہرگز نہ دینی چاہئے۔ مختلف پیمیدگیوں کا علاج راجی سے کرنا چاہئے۔

376

آنت کا مدرن، نوبالیدیں اور آنشک

(TUBERCLE, NEW GROWTHS AND SYPHILIS OF INTESTINE)

درنہ۔ آنت کا مدرن سئل ریوی میں ہونے کے علاوہ، عظمہ بھی ہو سکتا ہے، بالخصوص بچوں میں، جن میں ہر ایت اکثر دودھ سے منتقل ہو جاتی ہے۔ دونوں صورتوں میں ضرات بالخصوص لفافنی کی تپے میر کی چکیتوں میں، اور لفافنی اور قولون کی منفرد بڑا بوسا میں واقع ہونے ہیں۔ تمدنی عل بھی ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ دودھ سے مقامات میں، یعنی نلمی تنکاثر، تجتبن، نخر، اور تفرج۔ اور لفافنی کے قریب بہت وسیع ہو سکتے ہیں، اور وگول یا میضوی ہونے میں، اور لبا اوقات آنت کے گرد عوضاً جاتے ہیں نہ کہ اس کے طول میں۔ انکی سطح ہموار اور کوریں دبیز ہوتی ہیں، اس سطح سے مناظر مصلی

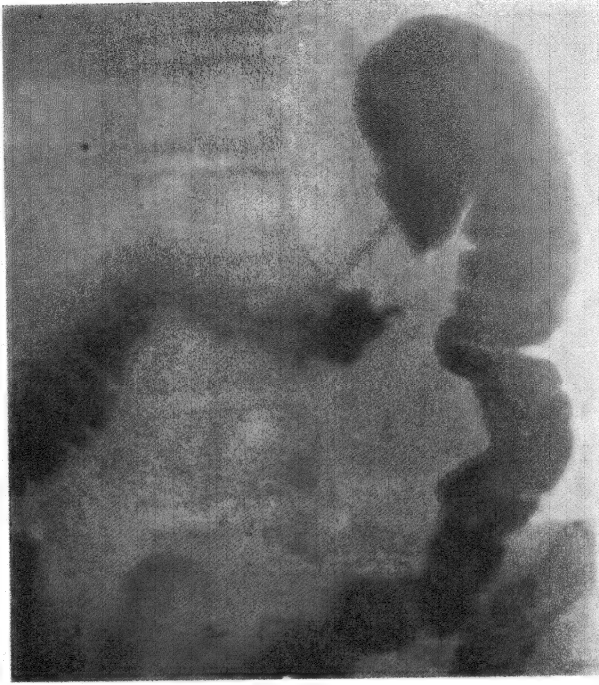
سطح عموماً چند چھوٹے چھوٹے سید درنے پیش کرتی ہے۔ متلازم علامات تب اور اسہال ہیں۔ پاخانے عموماً کثیر المقدار، پولیٹس جیسے اور چربی دار ہوتے ہیں اور ان کا رنگ زرد ہوتا ہے۔ بعض اوقات وہ زیادہ مائع اور پھر بھی زرد ہوتے ہیں، اور اگر شکم متمدد ہو تو ممکن ہے کہ ٹائفائڈ بخار سے قریبی مشابہت پیدا ہو جائے۔ زف اور انقباض شاذ ہوتے ہیں۔ علاج بیان کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔ ناسور مبرزی (fistula in-ano)۔ ملاشہ بعض اوقات درنی الاصل ہوتا ہے۔

فوبالیدی۔ آنت کی رسولیاں بالخصوص یہ ہوتی ہیں:- عذی سلعہ اور سرطان، اور شاذ لمعی لحمی سلعہ۔ سرطان سب سے زیادہ کثیر الوقوع اور اہم ہے۔

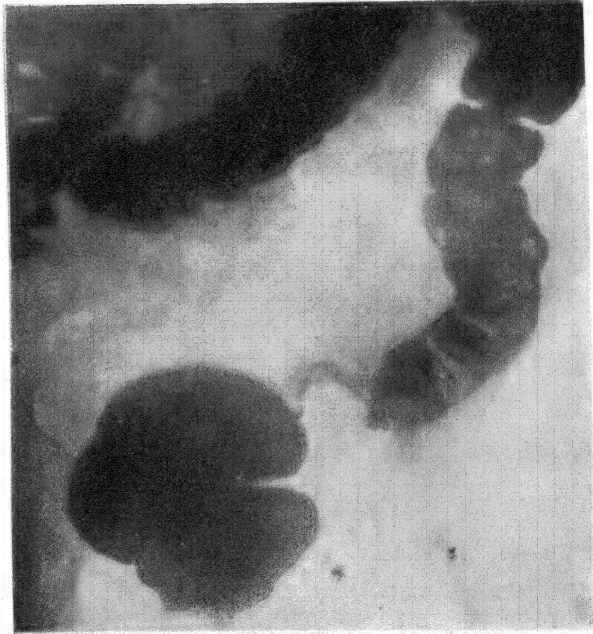
اشناعشری کے سرطان کو شیرن (Sherron) نے ماؤف شدہ حصہ کے لحاظ سے سب ذیل تقسیم کیا ہے:- وہ جو صفراوی حلیمہ سے اوپر واقع ہو، اسے فوق الانتفاخی (supra-ampullary) کہتے ہیں۔ وہ جو خود حلیمہ میں واقع ہو، انتفاخی (ampullary) ہے۔ اور وہ جو نیچے واقع ہو، اسے تحت الانتفاخی (infra ampullary) کہتے ہیں۔ ہر حالت میں یہ ایک شاذ مرض ہے لیکن انتفاخی قسم اہم ہوتی ہے، کیونکہ اس صورت میں رسولی مشترک صفراوی قنات کو مسدود کر دیتی ہے، اور اگرچہ درد نہیں پیدا کرتی تاہم گہرا یرقان اور لاغوی پیدا کر دیتی ہے۔ تحت الانتفاخی سرطان تیسرے حصے میں زیادہ عام ہے۔ ان اصابتوں میں قحے میں ہمیشہ صفرا اور باقیہ اسی ریس موجود ہوتا ہے۔ آخر الذکر کی موجودگی اس طرح ظاہر ہو سکتی ہے کہ اگر منقطر قحے میں چند گرین سوڈیم بائی کاربونیٹ ملا دیں تو اس میں فائبریں ہضم ہو جائے گی۔ صائم اور لعانی میں شاذ ہی رسولیاں پائی جاتی ہیں۔ غیر نصیبت رسولیاں اکثر ڈنڈی دار ہوتی ہیں اور ان سے انعام الامعا پیدا ہو سکتا ہے۔ بلائڈ سٹن (Bland Sutton) بتلاتا ہے کہ لعانی عوری اتصال کے مقام کی بعض رسولیاں جنھیں سرطان سمجھا گیا دراصل سینٹس نکوینی درنی تو دے تھیں، جو آنت کی مسدودی پیدا کر دینے کی وہی قابلیت رکھتے ہیں جیسی کہ ایک سرطان۔ دونوں صورتوں میں ضروری علاج استیصال ہی ہے۔

سرطان، جہاں آنت

خاصکر اخور، حوضی قولون اور معاستقیم کو ماؤف کرتا ہے، اور اس سے کتر قولون کے دوسرے حصوں کو۔ سریری لحاظ سے قولونی سرطان دو طرح کا ہوتا ہے: جس کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ آیا وہ ایک حلقہ نما بالید ہے جو ابتدائی درجہ ہی میں تسدید پیدا کر دیتی یا ایک متغیر بالید جو تسدید سے پیدا کرتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مریض کھانا کھانے کے بعد شکم میں بے آرامی اور قولنجی درد محسوس کرے اور ساتھ ہی قراقر بھی ہو۔ اجابتوں میں بیقا عذگی ہوتی ہے، لیکن اخوری بالیدوں کا کسیتدر ممتاز خاصہ اسہال ہوتا ہے، اور حوضی اور قولونی بالیدوں کا ممیز خاصہ فیض۔ آحاد الکوس ممکن ہے کہ اسہال کا دب (spurious diarrhoea) ہو: یعنی بالید کی خراش کی وجہ سے بار بار چھوٹے چھوٹے سیال دست، کانکھنے یا تیسرے کے ساتھ آتے ہیں۔ برار میں خون موجود ہوتا ہے، جس کا بڑی مقدار میں ہونا ضروری نہیں۔ ہیماٹین (haematin) کی موجودگی اور ہماٹوپارورین (haemato-porphyrin) کی غیر موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ قولون کے زیرین حصے میں ادما ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330)۔ عتائی یا آؤن دارضم میں مخاط عموماً پائی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ نھوڑی پیپ بھی ہوسکے جس سے ممکن ہے کہ ایک سخت تدور یا گرہ کی ڈلا ظاہر ہو، اور ممکن ہے کہ انگلی سے ہم نو بالید کے ایک تودے کو پھان سکیں جو مہرز سے قریب ہی معاستقیم کے راستہ کو روک رہا ہو۔ تاہم ہر متنبہ اصابت میں سنگائیڈین استعمال کرنی چاہئے، کیونکہ اس سے حوضی قولون کی بالید شناخت کجا سنی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 370)۔ تشغیس کے لئے لاسعائیں بھی استعمال کی جاسکتی ہیں۔ بیریم سلفیٹ کو گوند کے ذریعہ پانی میں متعلق کر کے اس کا غیر شفاف حقنہ معاستقیم کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اگر حقنہ کے فیض کو مہرز سے دوفیٹ اور پرکھا جائے تو یہ آمیزہ ہر گز کھاکر اخور تک پہنچ جاتا اور قولون کو بالکل پرکرتا ہے، بشرطیکہ مریض گہری سانس لے اور کبھی کبھی اپنی وضع کو بدلتا ہے۔ امتحان سے پہلے یہ ضروری ہے کہ قولون خالی ہو، اس کے لئے چشتیں گھٹے پہلے روغن بیدانجیر دیا جاسکتا ہے، اور امتحان کی صبح کو اور ما سبق شام کو پانی کے حقنہ کے ذریعہ مزید صفائی کی جاسکتی ہے۔ دروند کی تنگی یا خاکہ کی بے قاعدگی سرطان کا مشہور پیدا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۰ الف اور ب)۔ غیر شفاف غذا جسکا قولون کی راہ سے نیچے کو تعاقب کیا جائے، تشغیس میں نسبت بہت کم ٹپ ہوتی ہے۔



الف



ب

مستعرض قولون کا (الف) اور جوسی قولون کا (ب) سرطان جس میں نقص پری نظر آتا ہے۔ (یہ شعاع نگاشت مسٹر لنڈے سے لاک نے لی ہے)

آخری درجوں میں ممکن ہے کہ مریض حاد معوی تدد یا مزمن معوی تدد کے امارات پیش کرے، یا ایک شکم کے ڈلے کی شکایت کرے، جو دوسرے ضررات کے ساتھ غلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ اگر وہ احمک کو ماؤف کر رہا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ مزمن التهاب زائدہ، یا کلانی غد سے مشابہ ہو۔ اور اگر قولون کے اندر ہو تو کلانی گردہ، التهاب عطفہ، کلانی مرارہ سے، یا اگر اور پٹی کے اوپر واقع ہو تو ایک (نور سمارے)۔

علاج جراحی ہوتا ہے، اور انذار ابتدائی درجوں میں اچھا ہوتا ہے۔ ناقابلِ عملیہ اصابتوں میں عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) آزمایا جاسکتا ہے۔ قولون اور معاء مستقیم کی سعدانہ نابالیدیں یعنی غدی تخلیمی سلعات شستوسومیت میں واقع ہوتے ہیں۔

معاء مستقیم کے التهابی تضقیقات - آنتسٹ قال غذائی کو بلعوم اور معاء مستقیم کے درمیان کشادہی ماؤف کرتی ہے، لیکن بعض اوقات وہ آخر الذکر مقام پر تضیق پیدا کر دیتی ہے۔ تحت الخالمی بافت میں صمغیہ بن جاتے اور ثانوی التهابی تغیرات کے باعث ندبی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ نیز سوزاک سے، اور نسبت شاذ اصابتوں میں تدرن سے بھی تضیق پیدا ہو سکتا ہے (48)۔ یہ دونوں صنفوں میں مساوی طور پر ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کا کوئی علم نہ ہو حتیٰ کہ تضیق کے علامات مشاہدے میں آئیں اور انگلی سے امتحان کرنے پر نگلی شناخت میں آجائے۔

معوی تدد

(INTESTINAL OBSTRUCTION)

آنت کئی طریقوں سے مسدود ہو سکتی ہے جو یہ ہیں :- (۱) اجسام غریبہ - (۲) انغداد الامعاء - (۳) معوی دیوار میں تغیرات ہونا، جیسے کہ تضقیقات مندل شدہ قروح سے، یا خبیث بالیدوں سے - (۴) قتلۃ الامعاء - (۵) تخنیق ہونا بندوں کے ذریعہ یا رودنوں کی راہ سے - (۶) قطریہ کا گھٹ جانا آنت پر جڑ کی وجہ سے، یا مختلف طرح کے بیرونی ضغطہ کے باعث۔

احسام غریبہ۔ آنتوں کو مسدود کرنے والے اجسام غریبہ میں سے بعض یہ ہوتے ہیں۔ پھلوں کی گھٹلیاں، کنکریاں، سکے، گولیاں، الپینیں، سوئیاں، خطافات اور مصنوعی دانت۔ نباتی ریشوں، اُون، یا جُنے کی بھوسی کا باہم کوندا بنجانے سے بھی بعض بڑے تودے بنجاتے ہیں۔ اس قسم کے اجسام غریبہ بالخصوص مجنوں میں پائے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک بڑا سنگ صغیرا ہلکے تشدد کا سبب ہو جاتا ہے یا وہ کم و بیش رقت کے بعد مہز کی راہ سے خارج ہو جاتا ہے۔ براز کے شد سے بھی مجتمع ہو سکتے ہیں اس طرح جطرح کہ قبض کے بیان میں تذکرہ کیا گیا ہے، اور یہ معاستقیم یا قولون میں ایک خطرناک کاوش پیدا کر دیتے ہیں۔

انغداد الامعاء (intussusception)۔ یہ مخصوص صمات پیش کرتا ہے، چنانچہ اس پر علاحدہ غور کرنا مناسب ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

تضیقات (strictures)۔ چھوٹی اور بڑی دونوں آنتوں میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ یا تو قروح کے ندبوں کے انقباض سے، یا نوبالیدوں سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور گاہے ماہے معوی دیواروں میں مدنی دررزش کی وجہ سے بھی کبھی کبھی ایسی سادہ رسولیاں بھی، جیسے کہ عتدی، رسولی، یا البی، رسولی، معوی تشدد پیدا کر دیتی ہیں۔ مثلاً الامعاء (volvulus)۔ اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ آنت خود اپنے اوپر اس طرح مڑوڑی جائے کہ جس سے وہ "مخنوق" ہو جائے، بالفاظ دیگر مڑوڑ کی وجہ سے جو داؤ پڑتا ہے وہ آنت کے چہرے وریدی خون کی واپسی کو روکنے کے لئے تو کافی ہوتا ہے مگر اُس کی تریانی رسد کو روکنے کے لئے کافی نہیں ہوتا لہذا استسلا، نزف اور گنگرین پیدا ہو جاتی ہے۔

تختیق، بندوں کی وجہ سے اور روزنوں کی راہ۔ امابقول کے اس گروہ کو اندرونی مخنوق فتق (internal strangulated hernia) کہہ سکتے ہیں۔ آنت کا ایک چنر (عموماً لفافی) ایک روزن، جیسے کہ سوراخ و نسو (foramen of Winslow) میں سے پھسل کر نکل آتا ہے، اور جب سوراخ کا حاشیہ اُس کی گردن کو پکڑ لیا ہے تو مخنوق ہو جاتا ہے۔ لیکن بسا اوقات یہ حلقہ خالق اس انضمامی بند سے بنتا ہے جو شکم کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ تک پھیلتا ہے، اور جبکہ نیچے سے

آنت کا چنبرہ گزر جاتا ہے۔ تندو کی اس قسم کا ایک کثیر الوقوع سبب ویدیا نشی غیر طبعی حالت ہے، جسے عطفہ میگل (Meckel's diverticulum) کہتے ہیں۔ یہ لسانی کی ناچسپیدہ جانب سے نکلا ہوا ایک انگشت نما زائدہ ہے، جس کا طول ۲ تا ۴ انچ اور قطر ۱ تا ۲ انچ ہوتا ہے۔ یہ تری ماساریتی قاعہ (omphalo-mesenteric duct) کا (جس کے ذریعہ سے ابتدائی غذائی کمال ناخیز زردی کے ساتھ ارتباط حاصل کرتی ہے) باقی ماندہ حصہ ہے۔ یہ لسانی سے اس لفظ پر نکلتا ہے جو عورت سے ۸ تا ۲۴ انچ مائل پر ہوتا ہے، اور اس کی اندھی انتہا عموماً آزاد ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ وہ ایک سی پی بند کے ذریعہ ناف کے مقام پر شکم کی اگلی دیوار کے ساتھ یا ماساریتی قاعہ کے ساتھ یا کسی دوسرے نقطہ پر ماریٹونی سطح کے ساتھ جیباں ہو جائے۔ ایسی صورت میں ایک حلقہ بن جاتا ہے جس کے اندر سے آنت کے ایک چنبرہ کا گذر کر محفوظ ہو جانا ممکن ہے۔

انضغاط اور خستہ۔ اس گروہ میں ذیل کی حالتیں شامل ہیں:۔ حادثہ ثنی جو ایک منفرد مند کے جوڑے باعث ہو۔ انضمام جو آنت کو دبا کر بچکا دیں۔ اور آنت کے متعدد لچھوں کا باہم جیک جانا۔

امراضیات۔ حادثہ معوی کی مہلک اسباب میں مقام تندو سے اوپر کی آنت بہت مند اور اس سے نیچے کی آنت ہبوط اور خالی یا بی جاتی ہے۔ یہ تندو، تنگی کے عین اوپر شروع ہوتا ہے اور آنت کو تندو کی شدت یا مدت کے لحاظ سے کم و بیش فاصلہ تک ماؤف کر دیتا ہے۔ مثلاً سگما بند کے تندو میں اراقول اور چوٹی آنت کا بہت سا حصہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ لسانی کے تندو میں چوٹی آنت سمندر اور قولون پچکا ہوا ہوتا ہے۔ مندو اوپر والے حصے میں برازی ماقے کی کچھ مقدار ہوتی ہے، جس کا رنگ بلکا بھورا یا زردی مائل بھورا، اور قوام یکساں طور پر گھاڑھا سیال ہوتا ہے۔ تندو خواہ چوٹی آنت میں ہو یا بڑی آنت میں سہی صورت حالات یا بی جاتی ہے۔ مزین اصابتوں میں ممکن ہے کہ مندو آنت بوجہ اُن ساعی کے جو وہ تندو کو دفع کرنے کے لئے کرتی رہتی ہے، شدید بے بیش پروردہ ہو جائے۔ بالآخر ممکن ہے کہ اوپر کے متعدد حصے میں آنت کی لامت خواب دیدے، اور نام نہاد مرازی قرعے (stercoral ulcers) بن جائیں، اور ان میں سے

بعض انشعاب پیدا کر دیں۔ حادثہ خفینق میں دوران خون میں راست مداخلت ہونے کے باعث، تسکی کے مقام پر اغاثات واقع ہوسکتا ہے۔

مسلل معوی تسدد ایک ہلک مرض ہے، اور مقام تسدد جسقدر زیادہ بلند واقع ہو، وقوع موت اُس بقدر سریع تر ہوتا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات جو ایک حاسیہتی حملہ کے تغیرات سے کسی قدر مشابہ ہوتے ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 138) 'یعنے خون میں غیر پروتینی نائٹروجن اور بائی کاربونیٹ کی زیادتی اور اس کے ساتھ قلووی دمویت اور تقلیل کلورائیڈ (جو غائب ہو کر بافتوں کے اندر جلا حاما ہے) (61)۔ اور ناگہانی پروتینی تفرق یا پروتینی صدمہ کی وہی توجیہ اس پر بھی صادق ہوسکتی ہے۔ یہ رائے بھی سچیش کی گئی ہے کہ عصیہ ویلچی (B. Welch) کا غیر معمولی تنکا اور ساتھ ہی چھوٹی آنت سے سم کا انجذاب واقع ہوتا ہے۔ یہ پروتینی تفرق کو شروع کرسکتا ہے۔ ضد سم کے اشراب کے اچھے نتائج مندرج ہوئے ہیں (62)۔ دوسری رائے یہ ہے کہ آنت کے اندر صفرا کی موجودگی ایک ضروری شے ہے، اور اس میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ صفراء کے مستقیم اشراب کے بھی اچھے نتائج بیان کئے گئے ہیں (63)۔

حادثہ تسدد کے علامات - ایک بند سے تخفینق ہو جانے کی صورت میں مریض کو بیک ایک شدید درد شکم ہو جاتا ہے، جو عموماً ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ چلتا پھرتا ہو، یا کھانا کھا رہا ہو، یا نیند سے بیدار ہو جائے۔ پھر مریض قے کرتا ہے۔ مبرز کی راہ سے نہ تو پاخانہ نکلتا ہے نہ ریح خارج ہوتی ہے۔ قے جو پہلے معدی ہوتی ہے اور پھر صفراوی، بالآخر برازی ہو جاتی ہے۔ مریض پر اس کا اثر بہت اندیشہ ناک ہوتا ہے۔ ہبوط جلد ہی شروع ہو جاتا ہے۔ چہرہ سست جاتا ہے، آنکھیں سیاہ ہو کر اندر جھپٹ جاتی ہیں، نبض صغیر و مریج ہوتی ہے، اور سچیش طبعی یا تحت الطبعی درجہ پر۔ زبان خشک ہو جاتی ہے، اور تسکی مسلل ہوتی ہے۔ شکم کا تسدد عموماً بعد کی آمارت ہے، اور تسدد کے مقام وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اگر تسدد چھوٹی آنت کے بالائی حصے میں ہے تو ممکن ہے کہ شکم چپٹا ہو یا ناف سے اوپر صرف اُس کا بالائی حصہ متمدد ہو۔ اگر لفافہ کی کانیریں حصہ یا بڑی آنت

379

مخنوق ہے تو تمد نسبتہ جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے اور شکم کیساں طور پر بڑا ہو جاتا ہے۔ الیمیت عموماً تاخیر کے ساتھ یعنی تمد نمودار ہونے کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اگر یہ حالت دفع یا درست نہ ہوئی تو خستگی یا حاد باریطونی التهاب سے (جس کی خاص علامت ایک عام منتشر الیمیت ہے) موت واقع ہو جاتی ہے۔ مدت مرض چار تا چھ روز ہے۔ جب آنت مسدود ہوتی ہے، مگر مخنوق نہیں ہوتی، تو مرض کی ابتدا نسبتہ

زیادہ تدریجی اور غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ درد و قفوں کے ساتھ اور کم شدید ہوتا ہے۔ برازی قے اور تمد تاخیر کے ساتھ ہوتے ہیں، اور دیوار شکم ڈیسیلی اور نرم ہوتی ہے۔ سنگ صفراء سے تسد ہونے کے باعث جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ اکثر ممیز ہوتے ہیں۔ اثنا عشری میں تفرح ہو جانے کے باعث اور ازاں بعد سنگ صفراء سے اثنا عشری کے تسد کے باعث پہلے وہ حاد ہوتے ہیں۔ خون کا اخراج یا خون کی قے ہوتی ہے۔ پھر جب سنگ صفراء چھوٹی آنت میں سے گذرتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے ہیں، لیکن اگر سنگ صفراء غائی اعموری مصراع کے مقام پر رک گیا تو علامات ایک دو روز میں پھر حاد طور پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

مزمن تسد کے علامات۔ مزمن تسد، جس جیسا کہ حوضی قولون یا قولون نازل کے مرض خبیث کے باعث ہو جاتا ہے، ابتداً علامات صرف براز کے گذرنے میں متوسط درجہ کی رکاوٹ پر دلالت کرتے ہیں کیسے قدر مقامی درد اور گھبراہٹ گاہے قے ہوتی ہے، جو ادخال غذا سے کوئی خاص تعلق نہیں رکھتی۔ قبض بمقام مدگی کے ساتھ ہو جاتا ہے، لیکن وہ مفتحات سے رفع کیا جاسکتا ہے۔ بعض وقتاً فوٹانیتا تخلیف دہ ہوتا ہے، قے زیادہ بار بار ہونے لگتی ہے مگر پھر بھی برازی نہیں ہوتی، عظم بہت متعدد ہو جاتا ہے، اور آنت کے بیش پروردہ لچھے حرکات دودیہ کے وقت شکم کی سطح پر سے نظر آنے لگتے ہیں۔ حرکت دودی کے ساتھ گڑگڑاہٹ کی آوازیں یا قراقر سانی دیکھتے ہیں۔

مکن ہے کہ وقتاً فوقتاً چند سیال دست آجائیں، اور مائع براز کی کئی بڑی تفریضیں ہو جائیں، جس سے شکم کی گنجائش جلد ہی کم ہو کر طبعی ہو جاتی ہے، اور تمام علامات میں آرام ہو جاتا ہے۔ مکن ہے کہ واقعات کا یہ سلسلہ ایک سے زائد بار

رو نما ہو، لیکن پھر ایسے ہی کسی حملہ میں تمدد کامل ہو جاتا ہے اور وہ حادثات 'حوادث' بیان کئے گئے ہیں، نمودار ہو جاتے ہیں۔

محل تفتیق - چوٹی آنت اور بڑی آنت کے تفتیقات کے درمیان ذیل کے فروق نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں۔ ۱۔ اول الذکر میں قے جلد شروع ہو جاتی ہے، اور زیادہ تر اذخالی غذا سے پیدا ہوتی ہے۔ ۲۔ آخر الذکر میں، جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے تمدد نسبت زیادہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تفتیق یا بالید مز کے قرب میں ہونے کی وجہ سے پاخانوں کی شکل میں تفتیقات پیدا ہو جائیں، اور وہ قیمہ نما ہوں۔ تا سیر بھی بار بار موجود ہوتی ہے۔ جب تمدد بالخصوص قولوں کو مؤف کرتا ہے تو تمدد قولون صاعد و نازل اور قولون ستمعش کی وجہ سے (جو درمیان میں سے نیچے کی طرف جھکنا ہے اور دوسرے دو لچھے بناتا ہے) آنت کے متعدد دہڑے انتصابی لچھے نظر آسکتے ہیں۔ جب چوٹی آنت خاص طور پر متمد ہوتی ہے اور قولون مہبوط ہوتا ہے تو یہ تمدد لچھے شکم میں عرضاً پڑے رہتے ہیں اور اسطرح بیڑمی کا نمونہ (ladder pattern) بنا دیتے ہیں۔

تمدد کی تشخیص - تمدد واقع ہونے سے پہلے حادث معوی تمدد کو استواری کی غیر موجودگی اور نسبت زیادہ بار بار ہونے والی قے کی وجہ سے جو برازی ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے، مختلف حادثہ کی آفتوں (جیسے کہ ہضمی قرح کے انتفاہ، التهاب نراشلا، حادثہ فی التهاب بالنقاس، اور التهاب ہر اسراہ اور قولنجی دردوں) (ملاحظہ ہو صفحہ 363) سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ جب تمدد موجود نہ ہو تو معوی تمدد کو ماد التهاب باریطون کے آخری درجہ سے (جو کسی سبب سے ہو) تمیز کرنا چاہئے۔ حادثہ کود کی موجودگی کی دریافت دو ماریٹنی حقنہ چند گھنٹوں کے وقفے سے دیکر کی جاسکتی ہے۔ پہلا حقنہ نیچے کی آنت کو صاف کر دیتا ہے۔ دوسرا حقنہ قفس کی موجودگی ثابت کر دیتا ہے۔ معامستقیم کا بھی انگلی سے امتحان کرنا چاہئے۔ تمدد کی اصابتوں میں وہ اکثر خالی اور قسح، یا غبار کی یافتہ ہوتی ہے۔

دوسری حالتیں جن میں تفرق کرنا چاہئے ماسا ریٹی سدا دیت اور علیقت اور ہینوٹ کا پراپیٹور (Henoch's purpura) ہیں اور یہ سب ایسے ہی علامات پیدا کر دیتی ہیں۔ لیکن حقنہ سے عموماً کچھ خون مائل ہوگا۔ حادثہ تمدد کی

380

مشابہت بعض عصبی الاصل یا سستی الاصل حالتوں سے ہو سکتی ہے، جن میں میکانی یا الہابی ضررات کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔ ان میں سے ایک حالت ہزال نخاع کے معدی بھرا سات کی ہے، جن میں درد اور قے ہوتی ہے۔ لیکن ان میں شکم باز کشیدہ ہوتا ہے، اور قے کیا ہوا سستال اگرچہ مقدار میں بہت زیادہ ہوتا ہے تاہم وہ میلا سبز اور پانی جیسا ہوتا ہے مگر برازی نہیں ہوتا۔ اسی مریض میں اسی طرح کے حلقوں کی نگر سے، اور رُکبی جھکے اور مدتی معکوسہ نور (pupil light reflex) کی غیر موجودگی سے ہزال نخاع کی تائید ہوگی۔ دوسری حالت آغاز پذیر ذیابیطسی فوما (diabetic coma) کا حادثہ ہے، جس میں ایک سے زائد بار تقریباً علیہ کیا جانے کو تھا مریض کو عموماً غنودگی شروع ہونے کو ہوتی ہے، اور اگر اس کے بول کو دیکھا جائے تو اس میں شکر اور اسیٹو اسیٹک اسیڈ (aceto-acetic acid) پائے جاتے ہیں۔ یوریا دھویت کی تشخیص مشکل ہو سکتی ہے، بالخصوص اسوجہ سے کہ مائل حیاتی کیمیائی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ لیکن اس میں قے برازی نہوگی۔ بروں شکمی فتق (extra-abdominal hernia) سے تسد ہونے کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے، خواہ یہ فتق اُربی، فحذی، یا سادی ہو۔

علاج۔ جب مادی معوی تسد کی تشخیص قائم ہو جائے تو شکر شگافی یا پیٹ کو کھول دینے کا علیہ بلانا غیر انجام دینا چاہئے۔ اور سبب تسد کی تحقیق کے بعد اسے رفع کرنے کی کوشش کرنی چاہئے، یا اگر ضرورت ہو تو آنت کو تسد سے اوپر اس کے سب سے زیادہ متمد حصے میں سے صرف کھول کر ایک برازی ناسور قائم کر دینا چاہئے۔ مارلج تصفیقات اور ۶ فیصدی ڈیکسٹروز کے مستقیمی اثرات دے جاسکتے ہیں اور ان سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ ضد ویلچر مصل (anti-Welch serum) مکعب سینٹی میٹر دروں عضلی راہ سے، جو حسب ضرورت روزانہ دے جائیں، سے اور صفراء کے مستقیمی اثرات سے علاج کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ درد رفع کرنے کے لئے افیون یا مارفیا کا دینا شاذ ہی قرین مصلحت ہے۔ اس سے درد میں کمی ہوتی ہے اور قے رُک جاتی ہے، لیکن اس میں یہ سخت قحاحت ہے کہ دو اہم علامات جاتی رہتی ہیں، اور مریض کی حالت کے متعلق ایک اطمینان کا ذب پیدا ہو جاتا ہے حالانکہ مرض

ترقی پذیر ہوتا ہے۔ مقامی طور پر تاریخی کمادات، یا فلاپین کے ٹکڑوں کو گرم پانی میں
 پھونک کر اور ان پر صہلیہ لفاح (tincture of belladonna) یا صہلیہ افیون
 (tincture of opium) چھڑک کر، یا پسپ ہوئی اسی کی گرم پوٹشیں استعمال کرنے
 سے مزید آرام حاصل ہو سکتا ہے۔

ہنرمندوں میں، جو کہ بالخصوص قضیقات اور بالیدوں کا نتیجہ ہوتا
 ہے، خواہ وہ چھوٹی آنت میں ہوں یا بڑی آنت میں، غذا کے انتخاب میں احتیاط لازم
 ہے تاکہ ہضم باقاعدہ رہے اور معمولی شمولات قضیق کے پار باسانی گزر جائیں جیسے
 اور کبھی کبھی ملینا استعمال کر کے وقتاً فوقتاً تفریح قائم رکھنا چاہئے۔ اگر قبض نہایت
 سخت ہو، اور بالخصوص اگر تمدن زیادہ ہو اور کئے ہو تو علاج حادثہ کے علاج
 سے مماثل ہونا چاہئے۔ افیون، لفاح کے ساتھ یا بلا لفاح کے دیجا سکتی ہے اور غذا
 صرف خفیف مقداروں میں یا براہ معارضتقیم دیجاتی ہے، اور اس طرح جلد سکون حاصل
 ہوتا ہے۔ بالآخر اگر زندگی کی تطویل کرنا ہے تو عملیہ کرنا ضروری ہوگا۔

برازی اجتماعات کے لئے عموماً حقن بڑے بڑے اور بار بار دینا کافی ہونگے
 لیکن ایسے مریض کے لئے احتیاط کے ساتھ غذا، ورزش، بجلی یا ذلک کے ذریعہ
 طویل عرصہ تک زیر علاج رہنا ضروری ہے، تاکہ آنت کو اس کی مابقی قوت دوبارہ
 حاصل ہو جائے۔

انغماد الامعاء

(intussusception)

اگر آنت کا ایک طبقہ، یا یوں کہئے کہ اس کے چند انچ، اس کے فوری
 متصل حصے کے اندر چسپل کر داخل ہو جائیں، تو وہ انغماد الامعاء کہلاتا ہے۔
 یہ فی الفور سمجھ میں آجائے گا کہ اس میں باہر سے اندر کی طرف آنت کے مرکز کو جابجائی
 معوی دیوار کی تین تہیں پائی جانی چاہئیں، جن میں سے سب سے اندر والی تہ کو
 دحل (entering layer) سب سے باہر والی کو گیر (receiving
 layer) یا غلاف، اور ان دونوں کو جوڑنے والی تہ کو دھاریا (mesentery)

(middle layer) کہہ سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ آنت کا کوئی بھی حصہ اپنے اوپر والے فلغہ کے اندر داخل ہو کر ایک انفاد صاعد (ascending intussusception) یا اپنے نیچے کی آنت کے اندر داخل ہو کر انفاد فانل (descending intussusception) ساکتا ہے۔ ہمیں علاہ ہمیشہ آخر الذکر سے ہی واسطہ پڑتا ہے۔

انفادات آنت کے کسی بھی حصے میں واقع ہو جاتے ہیں، اور اُن کے نام بھی اسی لحاظ سے رکھے گئے ہیں۔ مثلاً چھوٹی آنت کے انفادات معوی، اور بڑی آنت کے قولونی یا مستقیمی کہلاتے ہیں۔ لیکن لفائفی اور قولون کے نقطہ اتصال پر دو قسموں کے انفادات واقع ہوتے ہیں:۔ (۱) لفائفی اعوری، جس میں لفائفی اور اعوری قولون صاعد کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، لفائفی اعوری مصراع سب سے آگے بڑھا ہوا نقطہ ہوتا ہے، لفائفی دخال تہ ہوتی ہے، اور اعوری درمیانی تہ کا سب سے آگے بڑھا ہوا حصہ۔ (۲) لفائفی قولونی جس میں لفائفی کا سب سے نیچے کا حصہ لفائفی اعوری مصراع کے پار مڑکس ہو جاتا ہے، یعنی ایک معوی انفاد کا سلسلہ قولون کے اندر تک چلا جاتا ہے۔ لفائفی قولونی انفاد ان مختلف قسموں میں سے تین قسم ہے، اور لفائفی اعوری سب سے زیادہ عام ہے، کیونکہ وہ تمام اصابتوں میں سے تقریباً نصف میں ہوا کرتی ہے۔

381

ایک انفاد واقع ہونے پر نہایت اہم تغیرات رونما ہو جاتے ہیں، جن کا انحصار آنتوں کی تشوخی مجاور قول پر ہوتا ہے۔ اگر یہ انفاد کچھ بھی وسیع ہو تو ایک دبیز اسطوانی ورم بنا دیتا ہے، کچھ تو اس وجہ سے کہ آنت کی پوری گولائی میں ایک تہ کے بجائے تین تہیں موجود ہوتی ہیں، اور کچھ اس وجہ سے کہ امثالہ اور تہج موجود رہتا ہے جس کی توجیہ ابھی کی جائے گی۔ آنت کی ماساریقی مجاورتوں کی وجہ سے یہ اسطوانہ نمبدہ شکل کا ہوتا ہے، کیونکہ اُس کی اندرونی اور درمیانی تہوں کو رسد پہنچانے والے عروق اتنے ہی لمبے ہوتے ہیں کہ جتنے گہرے نہ کہ کورسہ پہنچانے والے عروق، اور باوجود اسکے اُنھیں نہ صرف انفاد کے کنارے تک پہنچنا پڑتا ہے، بلکہ اُس کے اندرون میں اندرونی اور درمیانی تہوں کے درمیان بھی جانا پڑتا ہے، جس سے آنت کے اُس حصے کے بالائی سرے پر کھنچاؤ پڑتا ہے۔ جوں جوں انفاد بڑھتا ہے وہ آنت میں

اور آگے حرکت کرتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ ایک لفافنی عوری انفاد کا اندرونی اُستوانہ معاً مستقیم تک پہنچ جائے، بلکہ مبرز میں سے باہر ابھر آئے۔ اسکے ساتھ ہی ساتھ یہ سلحہ نسبتاً بڑا ہو جاتا ہے۔ عروق کی متذکرہ صدر ترتیب کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ مضبوط اور غنوق ہو جاتے ہیں، جس کی وجہ سے انفاد کی دیواروں کا امتلا، اور اُذیا، بلکہ اس کی مخاطی سطح سے زف واقع ہو کر معاً مستقیم کی راہ سے خون خارج ہونے لگتا ہے۔ یہ واقعہ تھنیں مرض میں سب سے زیادہ کارآمد ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت جلد ہی جہلک انجام کو نہ پہنچ جائے تو آنت کی تہوں میں التهابی تغیرات پیدا ہو کر انہیں باہم پیوستہ کر دیتے ہیں، جس سے انفاد کھائے گئے بڑھنے اور اس کی ترجیع دونوں میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ اور بالآخر، ممکن ہے کہ دخال اور درمیانی تہوں کی دمی رسد کی تحقیق کی وجہ سے یہ تہیں ٹکریں ہو کر اغاث پذیر ہو جائیں اور معاً مستقیم کی راہ سے خارج ہو جائیں۔ اگر اس واقعہ سے پہلے دخال تہ کا بیرونی اور درمیانی تہوں کے درمیانی زاویہ کے ساتھ مضبوط انفامی الحاق ہو چکا ہے تو آنت کی قتال عملاً پھر قائم ہو جاتی ہے، اور نتیجہ حقیقی شفا یابی ہوتا ہے، اگرچہ ایسا نہایت شاذی ہوتا ہے۔ اگر یہ الحاق نامکمل ہو تو اندرونی اُستوانہ کی علحدگی کے بعد جہلک عابدری واقع ہو جاتی ہے۔

بحث اسباب۔ معوی التهاب، انفاد الاسعاء کا عام ترین سبب معد ہے۔ بعض اوقات انفاد راست تضررات کے بعد پیدا ہو گیا ہے۔ بعض اوقات معوی سعدانہ اور برطانات اس کا سبب ہوتے ہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ ہیناک کے پریپور (Henoch's purpura) میں یہ معوی دیوار کے اندر زف واقع ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے، لیکن طفلی میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ انفاد کی فوری میکانیت کے متعلق کوئی ایسی بات نہیں کہی جا سکتی جو متعین ہو، سوائے اس کے کہ وہ غیر منظم حرکت دودی کی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد انفاد کا حملہ اس تحقیق کے حملے سے غیر مشابہ نہیں ہوتا، جو بندوں کے ذریعہ سے واقع ہو جائے۔ یعنی مریض کی قدر دفعۃً درد میں مبتلا ہو جاتا ہے جو کم و بیش مستمر ہوتا ہے، اگرچہ یہ درد وقتاً فوقتاً زیادہ بھی ہو جاتا ہے، اور مرؤز می

نوجیت رکھتا ہے۔ شیرخوار بچے میں اس کا آغاز بچہ کے چرخ اٹھنے سے ظاہر ہوتا ہے۔ ستلی اور
فٹے بھی ہوتی ہے، لیکن قبض ابتداً نہیں موجود ہوتا۔ اس کے برعکس عموماً اجابت ہو کر کی
ہے، اور یا تو رقیق برازیل (جیسا کہ انعام کا میٹر حافض ہے) خون مخاط کے ہمراہ یا اس
کے بغیر خارج ہوتا ہے۔ فی الحقیقت یہ مادہ اساتوں میں خون براہ معاد مستقیم خارج
ہوتا ہے۔ اور اکثر اوقات ملازادہ کا نکھنا اور تادیر موجود ہوتی ہے، شکم حیناً زیادہ
منورم نہیں ہوتا، لیکن اسحان کرنے پر عموماً ایک دوسرا میز حاصہ استکارا ہوجاتا ہے،
یعنی اس سلعہ کی موجودگی جو انعام کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ اسکا محل وقوع
قدرتاً مقام ضرر برنصر ہوتا ہے۔ نسبت معمولی لفافشی اعورنی قسم میں وہ ابتداءً دائیں
پیلوس واقع ہوتا ہے، لیکن حول حول انعام زیادہ ہونا جانتا ہے وہ ناف کے خطے میں
محسوس ہوئے بنتی ہے، اور عموماً بصری، استوائی یا ٹکھہ شکل ہوتا ہے اور ناف سے
اور شکم میں عموماً بڑا رہتا ہے۔ اس بعد وہ بائیں پیلوس بائیں حرقعی حفرہ کے
اندر ملا جاتا ہے، اور بالآخر اسے اعلیٰ معاد مستقیم کے اندر محسوس کر سکتی ہے، یا
وہ حقیقتہً مرز سے باہر اُٹھتا ہے۔ بعض اوقات کامل قبض ہونا ہے اور ساتھ ہی
بہت نمد اور برازی فٹے ہوتی ہے۔ اور کبھی اموط بہرعت شروع ہو کر جو بیس
گھنٹوں میں، یا دوسرے پانچ یا چھ دنوں تک میں موت واقع ہوجاتی ہے۔ بالکل عمر
شیرخواروں میں موت بالخصوص سرربع الوقوع ہوتی ہے۔

لیکن علامات ہمیشہ استدر حاد ہیں ہوتے، اور درعقب انعام کا ہفتوں

382

بلکہ مہینوں موجود رہا ممکن ہے۔ اس زیادہ مزین اساتوں میں آنت کی ماؤف تند
وسعت عموماً کم ہوتی ہے، اور اس کی قتال کامل طور پر سدود نہیں ہوتی ہر سطح
پاخانہ ہوا مکمل ہوتا ہے، اگرچہ اس کے ساتھ ہی نفہ یا نصف اساتوں میں خون ہی
خارج ہوتا ہے، مریض کو دورے کے ساتھ مڑوڑ جیسے درد ہوتے ہیں، گویہ لاری ہلکے
یہ بڑی شدت کے ہول شکم رنخو ہوتا ہے، اور انعام دی سلعہ ایک اہم میتر خافعیہ میں
کرتلبہ، یعنی ایک تغیر پذیر کافت، چانچہ وہ مڑوڑ کے درووں کے ساتھ ہمزمان
طور پر سخت ہوجاتا ہے، لیکن ان کے رفع ہوجانے کے بعد جلد ہی ریم بلکہ غیر ریم
ہوجاتا ہے۔

تحت الحاد اور مزمن امیباتوں کے اختلالات مختلف ہوتے ہیں ممکن ہے کہ اُن کا نتیجہ مستحکم کی وجہ سے بالآخر موت ہو، یا کامل تسدد مصدقے، قبض، تشنگم اور مرنی لچھوں کے۔ یا ممکن ہے کہ وہ ایک مقامی التهاب باریطون پیدا کریں، جس کے بعد پھوڑا بچائے یا زیادہ عمومی التهاب باریطون ہو جائے۔ یا منصفہ بذریعہ غشاء علویہ ہو جائے، اور اس طرح معوی قنال پھر قائم ہو جائے۔

تشخیص۔ انفراد کے خاص صفات یہ ہیں: شنجی درد، قے، معاستقیم سے خون کا آنا اور ایک ایسے بیضوی یا لنبوترے سطح کی موجودگی جس کی کثافت لمحوہ لمحوہ بدلتی ہو، اور جو قولون کے ممر میں اقامت گزین ہو، یا معاستقیم میں واقع ہو لیکن تا وقتیکہ ایک معدوم حس نہ دیا جاوے، ہمیشہ محسوس نہیں کیا جاسکتا بالخصوص اُن سنیر غوازیوں میں جن کے تشنگم بہت متہدد ہوں۔ بچوں میں معوی التهاب اور صحیحی اسمہال کا اس سے مشابہ ہونا نامکن ہے، اور بعض اوقات منقبض آنت کا ایک ٹکڑا ایک رسولی بنا دیتا ہے۔ زیادہ اکثر خون مخاط کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے۔ ہیناک کے پریپورا (Henoch's purpura) میں دوسرے مقام پر بھی ضررات ہو سکتے ہیں اور متعدد مفاصل کا التهاب (multiple arthritis) بھی موجود ہوتا ہے۔ یہ پٹم کے حقنہ کے بعد لاشعاعی امتحان سے کام لیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ حاد انفراد کے تدارک کے لئے جسطہ جلد ممکن ہو ترجیح کی کوشش کرنی چاہئے، اور اگرچہ بعض امیباتوں کا علاج مستقیم اور قولون کے اندر سیالات کے اثرات سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے، تاہم جراح کے لئے زیادہ بے خطر اور زیادہ یقینی طریقہ علاج یہی ہے کہ تشنگم ششکافی کا عمل کر کے احتیاط کے ساتھ حرکت کر کے ذریعہ انفراد کی ترجیح کر دے۔ نسبت زیادہ طویل المدت امیباتوں میں ممکن ہے کہ انضامات کی وجہ سے ترجیح نامکن ہو۔ اسی صورت میں تودے کے کچھ حصہ کا یا پورے تودہ کا استیصال جراحی میں لانا چاہئے۔

مہر من قسموں میں بھی جبکہ اس ضرر کی نوعیت شناخت ہو جائے، عمل کر دینا چاہئے۔

ہرش ہیرنگ کا مرض

(HIRSCHSPRUNG'S DISEASE)

(کلائی قولوں = megacolon)

یہ ایک نادر مرض ہے، جس کا خاصہ قولون کا اتساع اور بیش پروکس ہے۔ بہت سی اصابتوں میں اس کے علامات زندگی کے ابتدائی چند ہفتوں میں شروع ہوجاتے ہیں، دوسری اصابتوں میں ابتدائی طفلی میں، اور باقی اصابتوں میں اس سے بھی بعد ہوتے ہیں۔ قبض سخت قسم کا اور متواتر ہوتا ہے، جس میں ایک وقت میں ویسے ہی ہفتوں تک پاخانہ نہیں ہوتا۔ شکم بے انتہا متمد ہوتا ہے، چنانچہ اس سے سینہ پر جو دباؤ پڑتا ہے وہ بذات خود ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ شکم کی دیواروں میں سے قولون کے متمد لپٹے نظر آسکتے ہیں، ان لپٹوں میں حرکات دوریہ نظر آتے ہیں۔ بچہ ڈبلا ہوجاتا ہے، اور نسبت زیادہ عمر والے مریضوں میں ناقص تغذیہ اور پھیکے زرد رنگ کی جلد دیکھی جاتی ہے۔ یہ مرض سریع طور پر ہلکے مرنے سے لے کر تھکن بن رومرغ اور ستم الدم کی وجہ سے موت واقع ہوجانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ موت کے بعد قولون اپنے معمولی قطر کی نسبت ڈگن یا بھجنا قسح اور اکثر بہت لمبائی پایا جاتا ہے۔ اور طویل المدت اصابتوں میں عضلی ریشے، بالخصوص مدورتہ کے، بہت جھل پروردہ ہوتے ہیں۔ بلحاظ اس امر کے کہ اتساع کا آغاز مزے سے عین اوپر ہوتا ہے یا حوضی مستقیمي حوض سے عین اوپر، اس مرض کی اصابتوں کی دو قسمیں ہوتی ہیں، جو تقریباً مساوی طور پر عام ہیں۔ امراضات کے متعلق نہایت قرین عقل رائے یہ ہے کہ اس مرض کو مری کے مزاج اتساع سے متاثر تسلیم کرتے ہوئے، اسے مزید حوضی مستقیمي حوض کے تسدد (عدم ارتخاء) کا ثانوی نتیجہ سمجھا جائے (64)۔

تفصیل۔ کلائی قولون اتنی غیر عام نہیں۔ لاشعاعوں کے ذریعہ آنٹ میں گیس کی بہت بڑی مقادیر دیکھی جاتی ہیں، جو کہ بائیں ڈایا فرام کو اوپر دھکیل دیتی

اور جگر سے اوپر اٹھ آتی ہیں۔ سلگائیڈین آسانی سے داخل کی جاسکتی ہے، اور ایک قسح فولون دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک بہرہ بملے ہوئے حقنہ سے بھی نظر آتا ہے۔

علاج۔ اس امر کی کوشش کرنی چاہئے کہ قولون براز سے خالی رہے، مسبل اور وہ چنداں کارآمد نہیں۔ مبرزہ قسم میں ایک مستقیمی نلی کی وسالت سے قولون کو دراز بنا دھو سکتے ہیں۔ آخر اندر کو فولون کے اندر رات بھر رہنے دیا جاسکتا ہے۔ حوضی مستقیمی قسم میں علاج اسقدر آسان نہیں ہوتا۔ لیکن تیل یا گلیسرین کے حقنہ مفید ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پشوٹرن (ایک مکعب سم بذریعہ اثرات) برق اور ذلک بھی مہم ہوں۔ مبرزہ عاصدہ کو قسح کیا جاسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ جراحی علیہ کی ضرورت پڑے، جو یا تو قولونی تغویہ ہوتا ہے یا لئالی قولونی تغویہ، یا قولون کے قسح حصے کا استیصال کامل۔

388

جگر کا امتحان

جگر دائیں مرقی خطے میں، سیلوں سے نیچے واقع ہے، اور شرا سیف کے بالائی حقنہ کے واریاں پھیلتا ہے۔ طبعی حالت میں وہ آزاد کرمقام پر شرا ذریعہ محسوس کیا جاسکتا ہے، اور وہاں بھی صرف اُسوقت جبکہ شکمی جداریں بہت تیلی ہوں۔ قرع کرنے سے پستانانی خط میں اَصمیت (کملی اَصمیت) چھپی پسی کے بالائی کنارے سے لیکر ضلعی حاشیہ تک پائی جاتی ہے۔ بغلی خط میں کبدی امتت اُٹھویں پسی سے، اور عظم الکثف کے زاوہ کے خط میں دسویں یا عیار رسوں پسی سے شروع ہوتی ہے۔ جب یہ عضو رُا ہو جاتا ہے تو وہ ضلعی حاشیہ سے نیچے بکلا ہوا ہوتا ہے اور اُس کا زبریں حاشیہ دائیں پہلو سے بائیں ضلعی حاشیہ تک شکم کے دار مار بھلیا ہوا ہوتا ہے۔ بہ اَصمیت ایک غناظر درہ تک نیچے شکم کے اندر بھی پھیلی ہے، لیکن چونکہ اُس کے پیچھے آنتیں موجود ہوتی ہیں، لہذا یہ اَصمیت جگر کی آزاد کور کے قریب اتنی کامل نہیں ہوتی جتنی کہ اُس سے نسبتاً اوپر۔ سیدہ کے حدود کے اندر جگر کا داخل صرف اُسی وقت ہوتا ہے جبکہ اُس کی کلانی (۱) عمومی کی بہت زیادہ تر محدود المقام ہو، جیسے کہ وہ کلانی جو سرطان، کیسیہ، یا پھوڑے کے سبب سے ہوا کرتی ہے۔ یا (۲) جبکہ جگر کو

اس کے نیچے کی کوئی چیز اوپر کی طرف دھکیل دے۔

ظاہری کلانی جگر کو تنگ کسنے سے، یا سینہ میں سلعات یا پلپوریاتی التهابی سیال کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اول الذکر جگر کو انتصاباً لبا کر دیتا ہے، آخر الذکر میں پورا جگر اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ جگر کا نیچے ہٹ آنا یا اس کا سقوط ہر مرض گلیٹنارڈ (Glenard's disease) کے ایک جزو کے طور پر بھی واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 339)۔ ممکن ہے کہ متعدد دمرارہ، کبدی اُصمیت کے زیرین کنارے پر ایک گلوبوچہ نما آبشار کے طور پر خط پستانی میں محسوس ہو۔

کبدی شریان جگر کو بہنے والے خون کا ۲۰ — ۶۰ فیصدی بہم پہنچاتی ہے، اور بابی وریڈ اس کا بقیہ حصہ۔ کتے کا جگر فی منٹ اپنے وزن کے ۲ حصہ کے برابر خون وصول کرتا ہے۔ جگر کی حقیقی تشریحی تقسیم دو مساوی لختوں میں ہوتی ہے، اور یہ مرارہ کے قعر سے لیکر تحتانی وریڈ اجوف والے میزاب تک کھینچے ہوئے خط سے واضح ہوتے ہیں نہ کہ منجلی شکل رباط سے۔ بابی وریڈ میں دو کم و بیش جداگانہ دموی روئیں پہلو بہ پہلو پائی جاتی ہیں۔ بہاؤ کا رخ ماسا ریتی رقبہ سے دائیں لختہ کی طرف ہے، اور لٹھال سے بائیں لختہ کی طرف (65)۔ لٹھال اور جگر کو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ تھوریم (thorium) (تھوروٹراسٹ = thorotrast) کی ایک تجہیز کا دروں وریڈی اثر اب کیا جائے، جس کو شبکی درحلی نظام اخذ کر لیتا ہے (66)۔

کبدی وظیفہ اور وظیفہ کا شفا

جگر کے وظیفہ کا صحیح علم، اس تاریخ سے شروع ہوتا ہے جبکہ مان (Mann) نے کتوں کے جگروں کے استیصال کا علمی ایجاد کیا (67)۔ اس عمل کے بعد حیوان تین گھنٹہ یا زیادہ تک طبعی معلوم ہوتا لیکن عضلی کمزوری کی شدید علامات کیسے قدر دفعۃً نمودار ہو جاتی ہیں، اور بعد ازاں جھٹکے اور تشنجات بھی پیدا ہوتے ہیں۔ یہ قلیل شکر دمویت کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور شکر دیکر ان کو موقوف کیا جاسکتا ہے، چنانچہ حیوان کچھ مدت کے لئے دوبارہ طبعی ہو جاتا ہے۔ لیکن پھر علاج کے باوجود

زیادہ شدید علامات نمودار ہو جاتے ہیں اور حیوان قوما کی حالت میں مرجاتا ہے۔ قلیل شکر دمویت اس لئے پیدا ہوتی ہے کہ جسم مسلسل شکر جلائے جاتا ہے، اور اسکے لئے جو واحد منبع رسد ہے، یعنی جگر، وہ مفقود ہوتا ہے۔ دوسرے حیاتی کیمیاوی تغیرات دموی یوریا کی کمی اور پیشاب میں ایمونیا اور یوریا کی کمی ہیں، اور ایمینو ایسڈز (amino-acids) میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جگر میں ایمینو بولڈنگ ہو کر یوریا کی تشکیل قدرتی طور پر ہوتی ہے، اور اس یوریا کا کچھ حصہ گردوں کے ذریعہ ایمونیا میں تبدیل ہوتا ہے۔ دموی پورک ایسڈ میں زیادتی ہو جاتی ہے، کیونکہ جگر قدرتی طور پر اس کو بر باد کرتا ہے، اگرچہ آدمی میں ایسا ہونے میں کچھ شبہ ہے۔ نیز ریکٹا ہوتا ہے، کیونکہ طحال اور لب کے شبکی درملی خلیات (Kupffer cells = Kupffer cells) دموی صبغہ سے اس کا حدید بردار حصہ الگ کر دیکر بائلی روبین (bilirubin) بناتے ہیں۔ کبدی خلیات اس بائلی روبین کو اپنے اندر جمع کر لیتے اور اس کا افراز صفراوی قناطیوں میں اور پھر صفراوی قناطیوں میں کرتے ہیں (68)۔ یہ تمام تغیرات شدید کبدی مرض یعنی حادثہ تخر اور سرطان میں وقتاً فوقتاً مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ اس کے علاوہ، مگر سم رُبا خواص رکھتا ہے، اور دموی فائبر نو جن جس کو جگر پیدا کرتا ہے۔ (69) مرض کی حالت میں گھٹ کر زنف واقع ہو جاسکتا ہے، اس بطرح مصلی کیشیم بھی گھٹ سکتا ہے۔ ممکن ہے یوروبائلن بولیت (urobilin-uria) موجود ہو، کیونکہ طبعی حالت میں بائلی روبین قنالی غذائی کے اندر یوروبائلن (urobilin) میں تبدیل ہو جاتی ہے جس کا کچھ حصہ براز کی سٹرکوبائلن (stercobilin) کی حیثیت سے خارج ہو جاتا ہے، لیکن بقیہ حصہ قنالی غذا میں دوبارہ جذب ہو جاتا اور جگر میں واپس ہو جاتا ہے جہاں وہ صفراوی صبغہ میں دوبارہ تبدیل ہو جاتا ہے۔ اگر کبدی وظیفہ میں خرابی واقع ہو تو وہ دوران خون میں نکل جاتا ہے اور گردوں کی راہ سے یوروبائلنوجن (urobilinogen) کی حیثیت سے خارج ہوتا ہے۔

طبعی جگر باز تکوین کی بہت بڑی طاقت رکھتا ہے۔ چنانچہ اگر اس کا، فیصدی حصہ دور کر دیا جائے، تو طبعی مقدار چند ہی ہفتوں میں پائی جاتی ہے۔ جگر کی بہت تھوڑی مقدار اس کی تمام فعالیتوں کے لئے کافی ہوتی ہے، چنانچہ نمایاں تغیرات

جیسے کہ قلیل شکر دمویٹ، مرض کے نہایت ہی شدید درجے میں پائے جاتے ہیں، اور خفیف اقسام میں نام نہاد و طیفی کاشفات کے ذریعہ، کہ جنکی ایک بہت بڑی تعداد بیان کی گئی ہے، کسی قدر بغیر یقینی نتائج حاصل ہونے کا امکان ہے۔ ان میں سے جو اہم ترین وہ نیچے بیان کئے گئے ہیں۔

کاشفہ لڈز، لیو یٹولوز (Levulose test)۔ اس کاشفہ کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ جب لیو یٹولوز غذائی قوال سے جذب ہو کر بانی دولن نہ میں پہنچتی ہے تو جگر اُسے بکھلہ اخذ کر لیتا ہے اور اسی واسطے وہ نظامی دوران خون میں نہیں پہنچنے پاتی۔ اگر جگر مرضی ہو تو لیو یٹولوز اُس میں اس طرح محسوس نہیں رہتی بلکہ وہ جگر کے اندر سے گذرتی ہوئی نظامی دوران خون کے اندر پہنچ جاتی ہے اور دموی شکر میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 462)۔ اس کاشفہ کے عمل میں لانے میں لیو یٹولوز کی ۵ گرام کی مقدار ذہن کی راہ سے لی جاتی ہے۔ دموی شکر کی تخمین اس سے پہلے، اور پھر اس کے نصف گھنٹے، ایک گھنٹے، اور دو گھنٹے بعد کی جاتی ہے۔ طبعی حالات میں ممکن ہے کہ نہایت خفیف زیادتی ہو، جو ۰.۱ سے کم ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر دموی شکر ۰.۱ فیصدی ہے تو ایک گھنٹے کے بعد وہ ۰.۱۱ فیصدی سے زائد ہو سکتی لیکن اگر جگر کے وظیفہ میں خرابی واقع ہو گئی ہے، جیسا کہ نازلتی یرقان میں یا آرسینو بنیزال کے شتم میں ہونا ممکن ہے، تو ممکن ہے کہ دموی شکر نصف گھنٹے میں ۰.۱۵ فیصدی تک، اور ایک گھنٹے کے اختتام پر ۰.۱۹ فیصدی تک بڑھ جائے، اور پھر وہ بتدریج کم ہو کر معمولی درجہ پر آ جاتی ہے (70)۔ دموی شکر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ اکثر لیو یٹولوز پیشاب میں بھی نمودار ہو جاتی ہے، کیونکہ گردہ اُسے بہت جلد خارج کر دیتا ہے۔ اس کاشفہ کا مقابلہ خفیف ذیابیطس شکر (diabetes mellitus) کے کاشفہ سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ لیو یٹولوز کی طرح گلکٹوز (galactose) بھی (۴۰ گرام ۴۰ سی سی۔ سی۔ پانی میں) ایک کاشفہ کے طور پر کام میں لائی جاتی ہے، کیونکہ طبعی حالت میں اس سے دموی شکر میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی، یا زیادہ سے زیادہ ۰.۲ فیصدی ہوتی ہے۔ اگرچہ بچوں میں اس سے بلند زیادتی ۱.۱ تک پائی گئی ہے (71)۔ اس کے استعمال کے بعد کے تین گھنٹوں کے دوران میں پیشاب کے اندر

ایک گرام سے کم کلاکٹوز موجود ہوتی ہے (72)؛ مایچہ گھنٹوں کے دوران میں ۲ گرام۔ ممکن ہے کہ کبدی وظیفہ کا بڑا نقص کارکردگی یرقان یا استسقا، شش کی وقوع سے ظاہر ہو جائے، جس کا بیان اب درج ہوگا۔ اس تعلق میں بعض مخصوص کاشفات موجود ہیں، یعنی وآن ڈن برگ کے کاشفات (Van den Bergh's tests) صفراوی لمحات کے لئے تھے کا کاشف (Hay's test) اور یوروبیلین (urobilin) کے لئے پیشاب کا امتحان (ملاحظہ ہوں صفحات 386، 509)۔

یرقان

(jaundice)

یرقان سے خون کے اندر اجزاء صفراء کا دوران کرنا مراد ہے۔ زمانہ ماضی میں یہ اصطلاح صرف جلد اور مخاطی اغشیہ کی اُس زرد تلوین کے لئے مستعمل تھی جو صبغہ صفراویہ سے ہو جاتی ہے، لیکن اب یہ وسیع تر معنوں میں متعمل ہے اور اسکا اطلاق اُن اصابتوں پر بھی کیا جاتا ہے جن میں خون کے اندر صفراوی لمحات تو موجود ہوتے ہیں مگر صبغہ صفراویہ نہیں ہوتا (یہ یرقان معترف کی ایک قسم ہے)، علاوہ ازیں ان اصابتوں پر بھی جن میں صبغہ صفراویہ اتنی خفیف مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ اسکا رنگ نہیں پیدا ہوتا (یرقان مخفی)۔

علامات۔ صبغہ صفراویہ کے رنگ کی وجہ سے جلد کی رنگت کم و بیش گہری زرد ہو جاتی ہے، ملتحات چشم زرد ہو جاتے ہیں، اور مُرنی اغشیہ مخاطیہ کا قدرتی رنگ زرد رنگ کی وجہ سے مزید گہرا ہو جاتا ہے۔ کہنہ اصابتوں میں جلد کا رنگ زیادہ گہرا ہو کر بالآخر اُس میں ایک کسبزی مائل یا بحوری زیتونی مائل آ جاتی ہے۔ اسے پہلے سبزی یا سیاہ یوقان (green or black jaundice) کے نام سے تیز کرتے تھے، اور اس کی وجہ یہ ہے کہ مزمن اصابتوں میں باہلی روین یعنی صفراء کا زرد صبغہ جلد میں تکسید واقع ہو کر بتدیج باہلی وردین (biliverdin)

385

میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس زرد رنگ کو ان دوسرے لونی تغیرات سے ممتاز کرنا چاہئے جو حالت مرض میں واقع ہو جاتے ہیں، جیسے کہ متکلف عدم دمویت (pernicious anemia) کی حالتوں کا ترکیبی زرد رنگ، ملیریائی نصفہ (malarial cachexia) کا یصبا رنگ، ایڈنسن (Addison) کے مرض کا بھورا رنگ، اور وہ زرد رنگ جو ایک صنفہ کیاروٹین (carrotin) کے باعث ہوتا ہے اور سنز تکاریاں اور گاجریں زیادہ مقدار میں کھانے کے بعد جلد میں پیدا ہو جاتا ہے۔ ہوا ملتحہ یعنی آنکھ کی بیرونی جھلی میں رنگ کی شناخت خوب ہو سکتی ہے، لیکن بعض اشخاص میں تحت الملتحہ شحم یعنی ملتحمہ کے نیچے چربی کے چھوٹے تودے ایسی جھلک پیدا کر دیتے ہیں جو اس رنگ سے بہت کچھ مشابہ ہوتی ہے۔

اس کے ساتھ ہی پینساب کا رنگ بھی صنفہ صفراویہ کی موجودگی کی وجہ سے تبدیل ہو جاتا ہے۔ تموڑی مقدار میں یہ اسے ایک شوخ زعفرانی رنگ دے دیتا ہے جو سطح پر بنے ہوئے کسی جھاگ میں بہترین نظر آتا ہے۔ اگر صفراوی صنفہ زیادہ ہے تو پیشاب کی مقدار مجبورے زرد، یا زردی مائل مجورے رنگ کا، بلکہ پورٹ (porter) کی طرح سیاہ مجورے رنگ کا ہو جاتا ہے۔ اگر اس پیشاب میں کتان یا کاغذ ڈبویا جائے تو وہ شوخ زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ لیکن صنفہ صفراویہ کی موجودگی ان کیمیائی کاشفات کے استعمال سے زیادہ یقینی طور پر ثابت کی جا سکتی ہے، جو ابھی بیان کئے جا چکے ہیں۔ بسم کے دوسرے امراذات میں سے پسینہ بعض اوقات زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ دودھ یا نوالی عورتوں کا دودھ، آنسو، اور لعاب دہن شاذ ہی رنگین ہوتے ہیں۔ دماغی نغائی سیالی عموماً رنگین نہیں ہوتا۔ یرقان کے حملہ کے آغاز و اختتام پر یوروبیلین (urobilin) جو صنفہ صفراویہ سے مشتق ہے، پیشاب میں اکثر موجود ہوتی ہے، لیکن صنفہ صفراویہ خود بالکل نہیں ہوتا، اور یرقانی اصابتوں کا ایک گروہ ایسا بھی ہے جس میں صنفہ صفراویہ پیشاب کے اندر بالکل ہی غائب رہتا ہے۔ (ملاحظہ ہو بے صفرا بولی یرقان)۔

یرقان کی بیشتر اصابتوں میں براز کا رنگ بد لکر سپیدی مائل یا مٹیلے رنگ کا ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ یرقان کی ان اصابتوں میں جن میں صفرا، اثنا عشری تک نہیں پہنچنے پاتا براز میں چربی کی زیادہ مقدار موجود ہوتی ہے اور لیوبیلین

نہیں ہوتی۔ حال ہی میں یہ بتلایا گیا ہے کہ معوی مایہا کسی قدر ترشٹی ہوتے ہیں اور چربی کا انجذاب ایک ایسے مرکب کی شکل میں ہوتا ہے جو آزاد شحمی ترشہ اور صفراوی ترشوں سے بنتا ہے۔ نیز صفراء کی موجودگی غالباً گندیگی کو روکتی اور معوی دیوار کے عضلی ریشوں کو متہیج کرتی ہے۔ چنانچہ قبض اکثر موجود ہوتا ہے، اگرچہ یہ ضروری نہیں کہ وہ ہمیشہ موجود ہو۔ جب اسہال واقع ہو تو اسے گندیگی دار براز کی خراش سے منسوب کیا گیا ہے۔

یرقان میں اکثر دوسرے علامات بھی موجود ہوتے ہیں، جو خون کے اندر صفراوی لطحات کے دوران کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ وہ علامات یہ ہیں: (۱) بطء القلب۔ مبص آہستہ ہو کر فی منٹ پچاس یا چالیس ہو جاتی ہے۔ (۲) کھلی۔ یہ اس قدر شدید ہو سکتی ہے کہ سونا غیر ممکن ہو جاتا ہے، اور لگاتار کھلانے سے خون کی پٹریاں، بخور، یا شسری (urticaria) کے دھڑے پیدا ہو جاتے ہیں۔

بعض مریضوں میں منہ کا مزاکرہ ہو جاتا ہے اور اکثر اختلالات اضمہ واقع ہو جاتے ہیں۔ جلد کے نیچے یا مخاطی اغشیہ سے نزفات واقع ہوتے ہیں، اور زخموں سے اوما آسانی سے نہیں نکلتا۔ خون کا عرصہ ترویج طویل ہو جاتا ہے۔ بعض مریضوں میں خطرناک دماغی علامات پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً ہذیان، تشنجات، اور قوما، لیکن غالباً یہ ہمیشہ خون کے اندر بعض ایسے زہروں کی موجودگی کی وجہ سے ہوتے ہیں جو صفراء کے اندر کے زہروں سے علاوہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات مشاہدے میں آتا ہے کہ مریض کو زرد دکھلائی دینے لگتا ہے (بصارت اصفر xanthopsia)۔ کہنہ مزمن یرقان کی بعض مباحثوں میں ایک جلدی مرض ہو جاتا ہے جسے لعدا اصفر (xanthoma or xanthelasma) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو امراض جلد)۔

یرقان کے لئے سرسریاتی کاشف۔ مصل کے اندر صبغہ صفراویہ، کے لئے وان ڈن برگ کا کاشف۔ مصل کے اندر صبغہ صفراویہ کی موجودگی ظاہر کرنے کے علاوہ، یہ کاشف اس صبغہ میں جو صفراوی راستوں کے تسد کی وجہ سے خون کے اندر محبوس ہو، اور اس صبغہ میں جو دم پاشیدگی کی وجہ سے ہو، تفریق کر دیتا ہے۔ اہرلک کا ڈایازو کاشف (Ehrlich's diazo reagent) استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے اجزاء یہ ہیں: (الف) سلف انیلک ایسڈ (sulphanilic acid) اگر ارم،

386

مریکز ہائڈروکلورک آئیڈ (conc. HCl) ۱۵ سی سی، آب کشیدہ ۱۰۰۰ سی سی۔ اور
 (ب) سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ۵.۵ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ سی سی یا
 دونوں کو استعمال ہے ذرا ہی پہلے اس تناسب میں کہ (الف) کے ۲۵ سی سی کے ساتھ
 (ب) کے ۵.۵ سی سی ہوں، باہم ملا دیا جاتا ہے۔ (راستہ تعامل direct reaction)۔
 (یہ خون سے، جسے ٹھہرا کر تھکے حجم جانے دیا جائے، ایک کعبہ بنی میٹر
 مصل حاصل کیا جاتا ہے اور اسے مندرجہ بالا کاشف کے ایک سی سی میں ملا دیا جاتا ہے۔
 ایک نیلگون نفیضی رنگ کا تعامل فی الفور شروع ہو کر دس تا تیس سکنڈ میں اپنے اعظم
 درجہ تک پہنچ جاتا ہے۔ اس سے تسدی کبدی یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ اگر راستہ تعامل
 حاصل نہ ہو تو ممکن ہو کہ ایک تعامل آجل (delayed reaction) ظاہر ہو، جس کا آغاز
 ایک منٹ کے بعد ہوتا ہے۔ یہ دم پاشیدہ یا سستی اور ساری یرقان کے باعث ہوتا
 ہے۔ دوہیتی تعامل (biphasic reaction) شروع تو فی الفور ہو جاتا ہے لیکن محض
 آہستہ آہستہ نمایاں ہوتا ہے اور اس سے مخلوط قسم کے یرقان کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے
 بالواسطہ تعامل (indirect reaction)۔ اگر راستہ یا بلا واسطہ تعامل حاصل
 نہ ہو تو ایک سی سی مصل میں ۹۹ فیصدی الکل کے ۲ سی سی شامل کر کے اس آمیزہ کا
 اعراض عمل میں لایا جاتا ہے۔ اس صاف مائع کے اسی سی سی میں ۵.۵ سی سی الکل اور
 ۲۵ سی سی سی کاشف کے ملاوٹے جاتے ہیں۔ ایک نفیضی سرخ رنگ مائل ہوتا ہے،
 جو تقریباً فی الفور اعظم شدت کا ہو جاتا ہے، اور اس سے دم پاشیدہ یا سستی یا ساری
 یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ یہ کاشفات کئی طور پر بھی کئے جاسکتے ہیں (73)۔ طبعی جولانی ۲۔۵۔
 ۵۔۵ اکائی ہوتی ہے، اور اکائی یہ ہے کہ بائلی روبین ایک حصہ ۲۰۰۰۰ حصے میں ہو۔
 قاروہ میں صہبغہ صفر اویہ کے لئے کاشفات ۱۔ ان کاشفات
 کی حقیقی خصوصیت یہ ہے کہ زرد بائلی روبین (bilirubin) کی تحسید ہو کر سبز بائلی ورڈین
 (biliverdin) بن جاتی ہے اور ایک سبز رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اعمال میں دوسرے
 رنگوں کی جھلک بھی عارضی طور پر نمودار ہو جاتی ہے۔ (Gmelins test) میکس کا کاشف،
 حسب ذیل انجام دیا جاتا ہے۔ ایک سپید صفحہ پر قاروہ کے چند قطرے رکھ کر اس کے
 قریب ہی قدرے طاقتور نائٹریک آئیڈ ٹپکا دیا جاتا ہے، اور پھر ان دونوں سیالاست کو

آہستہ سے ایک دوسرے کی طرف بڑھایا جاتا ہے۔ ان کے خط تماس پر قارورہ کا رنگتک پہلے سبز پھر نیلا پھر بنفشی پھر سرخ اور بالآخر زرد یا بھورا ہو جاتا ہے۔ رائفل (Ryffel) نے اس کاشفہ کی ایک ترمیم دیا فت کر لی ہے جس سے صبغہ صفراویہ کی نہایت ضعیف مقداروں کی شناخت ہو سکتی ہے۔ قارورہ کو آمونیم کلورائیڈ سے سیر شدہ بنا کر پھر آمونیا سے اُسے قلعوی بنالیا جاتا ہے۔ اس طرح سے آمونیم پوریت مرسوب ہو جاتا ہے اور اگر کوئی صبغہ صفراویہ موجود ہے تو اُسے بھی ساتھ لیکر دہانشین ہو جاتا ہے۔ اس پر ٹیسٹ کو تقطیر کر لیا جاتا ہے اور تقطیری کا غلیظ باقی ماندہ ٹفل میں نائٹریک ایسڈ تلایا جاتا ہے۔ ہر رنگ پیدا ہو جائے تو اُس سے صبغہ صفراویہ کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

قارورہ میں ملحات صفراء کی شناخت کے لئے تھ کا کاشفہ (Hay's test) اس طرح عمل میں لایا جاتا ہے کہ ایک چھوٹی سی مخروطی صراحی میں کہ جسکو جانب سے منور کیا گیا ہو، تازہ قارورہ کی سطح پر پسی ہوئی گندھک چھڑک دی جاتی ہے۔ اگر ملحات صفراء موجود ہیں تو سطحی تناؤ کم ہوتا ہے اور گندھک ڈوب جاتی ہے۔ جب گندھک پانچ منٹ کے اندر ڈوب جائے تو یہ کاشفہ مثبت سمجھا جاتا ہے (71)۔ کاشفہ پہلے ناقابل اعتماد سمجھا جاتا تھا، لیکن اب قابل وثوق سمجھا جاتا ہے۔ تاہم یہ اس وقت بھی مائل ہو جاتا ہے جبکہ روغن چوبندل (sandal wood oil)، کوپیا (copaiba)، کباب چینی (cubeb) اور تارپین (turpentine) کی بڑی مقداریں براہ دہن میں لگی ہوں۔ آنت کے اندر ملحات صفراء کی موجودگی کے لئے ایک کاشفہ بیان کیا گیا (74) جس کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ وہ چربی کے جذب میں آسانی پیدا کر دیتے ہیں۔ امراضیاتِ یرقان۔ بائیروجنی مشطوں میں موجود ہوتی ہے :- یعنی (۱) ایک قلعوی نمک کے ٹھہرے جو صفراوی رنگدروں کے اندر خارج ہوتا ہے۔ اس سے وائل ڈن برگ کا راستہ تعامل حاصل ہوتا ہے۔ (۲) آزاد ترشہ کے طور پر جو خون میں دوران کرتا ہے جس سے وائل ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل حاصل ہوتا ہے (77)۔ یہ امر پہلے بتایا جا چکا ہے کہ بائیروجن کی پیدائش کے لئے جگر کی ضرورت نہیں اور یہ اس واقعہ سے بھی ظاہر ہوتا ہے کہ یہ صبغہ مقامی طور پر پرانوں کے تھکوں سے جسم میں ہر جگہ بن جاتا ہے۔ شبکی دروں ملی نظام جو کہ بائیروجن کو بناتا ہے، اگر اسکے ذریعہ اس کے

بننے میں کوئی خرابی پیدا ہو جائے، یا اگر جسم کے اندر اتلاف خون حد سے زائد ہو اور ان غلیظوں کے ذریعہ سے باہمی روہین کا بننا بہت زیادہ ہو جائے، تو یہ صندسار کا سارا جگر کے ذریعہ اخذ اور صفراء کے طور پر خارج نہ ہو سکے گا، بلکہ دوران خون کے اندر داخل ہو جائے گا۔ یہی نتیجہ اس وقت بھی پیدا ہو سکتا ہے جبکہ جگر کے خلیات نقصان رسیدہ ہو گئے ہوں۔ اس طرح پریرقان کی تین قسمیں ہوتی ہیں:-

(۱) دم پاشیدہ اسیرقان (haemolytic jaundice) 'وہ گروہ' جس میں اس نام کا دمووی مرض بھی شامل ہے، کیونکہ اس میں خون کے بہت زائد اتلاف کی وجہ سے باہمی روہین متصل کے اندر موجود ہوتی ہے۔ اس گروہ میں یہیرقان شامل ہے جو کہ دوری ہیموگلوبن بولیت (paroxysmal haemoglobinuria) 'مناقض خون کے انتقال، فینائل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine) کے تسمم، دم پاش عفونت لائے دمووی، لغتی ذات الریہ، طیریا اوریرقان نوزائیدہ (icterus neonatorum) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ متلف عدم دمویت (pernicious anaemia) کو بھی بعض اوقات شامل کیا جاتا ہے، لیکن اس میں باہمی روہین کے جمع ہونے کا سبب غالباً یہ ہوتا ہے کہ ہیموگلوبن کی تخریب کم ہوتی ہے۔

(۲) وہیرقان جو کہ اولی کبدی نقصان رسیدگی کا نتیجہ ہو۔ اس کے اسباب یہ ہیں:- (۱) امٹلا فسل قلب کی وجہ سے۔ (ب) جگر کا اولی مرض، مثلاً نازلی یرقان کی اکثر اسبابیں، حادثہ تخر (زرد ذبول)، ہیناٹ (Hanot) کی کہبت، کثیر فسلکی کہبت متاخر درجہ میں، اور بعض حالتیں جو کہ ماضی میں ستمی اور سارسی کبدی یرقان کے عنوان کے تحت جماعت بند کی گئی تھیں۔ ان میں یرقان پیدا کرنے والے مالات یہ ہیں:- (الف) کیمیاوی سموم جیسے ٹیٹرا کلوریتھین (tetrachlorethane) (یعنی ہوائی جہازوں کے لئے ایک فائنش) ٹرائی نائٹرو ٹولوین (trinitrotoluene = T.N.T.)، کلوروفارم، فاسفورس، ٹولونی لین ڈائے آمان (toluylene-diamine) نائٹرو میگزین (nitrobenzene)، آرسینو میز ال کے مشتقات (arsenobenzol derivatives)، آرسینو ریڈ ہائڈروجن (arseniuretted hydrogen)، گگرتے (mushrooms) مسانہ کا تشب

وغیرہ (ب) جراثیمی سموم، جیسے کہ تپ راجھ (relapsing fever)، ملیریا، گروہی محرکہ (enteric group)، کھانٹھ (typhus)، ذات الریہ، انفلونزا، تھائیفیڈ (yellow fever)، عفونت الدم، خیف ہرغولی (leptospirosis)، یرقان (jaundice) وغیرہ میں واقع ہوتے ہیں۔

(۳) تسددی کبدی یرقان (obstructive hepatic jaundice)۔

اس گروہ میں صفراوی قناتوں کا کوئی صریح تسدد موجود ہوتا ہے۔ (۱) نگہائے صفرا اور مغلط صفرا، نہایت تازا اساتوتوں کیسیہ (hydatid)، کدی فلوک (liver flukes) اور معمولی قنات سے آنے والے اجسام غیبہ جن میں خراجینی صفار (Ascaris Lumbricoides) بھی شامل ہیں۔ (۲) قنات کا تضیق یا انطاس پیدا نشی عیب بابہ ثقبی کے ماعت یا اثنا عشری یا خود قنات صفرا، کے ماقبل تقریح کی وجہ سے۔ قنات صفراء کی دیوار کا نازلی یا الہابی ورم یا سرطان۔ قنات کا شنج۔ (۳) باہر سے دباؤ پڑنے کی وجہ سے بچکاؤ۔ یہ شق یا بی میں کے غد کے دباؤ سے۔ لبلبہ کے سر، معدے، قولون، گردوں، ثرب مبضین، یا رحم کے سلعات کے دباؤ سے جگر کے پھوٹے یا کیسیہ کے دباؤ سے، شکمی آنورسما، مجمع براز، یا حاملہ رحم کے دباؤ سے واقع ہو سکتا ہے۔ تسددی کبدی یرقان کی بہت سی اساتوتوں میں صفراء مرارہ اور صفراوی قناتوں کو متعدد کر دیتا ہے، اور پھر عروق لمغائیہ اور عروق دومیہ کے اندر داخل ہو کر آخر الذکر کے اندر دوران کرتا ہے اور جلد اور دوسرے حصوں کو صفراء کے مخصوص و تمیز رنگ سے ملون کر دیتا ہے۔ غالباً کامل تسدد ہونا شرط نہیں ہے بلکہ وجہ یہ دلچسپ واقعہ ہے کہ صفرا کا افراز نہایت ادنیٰ دباؤ کے تحت ہوتا ہے، جو اتنا کم ہوتا ہے کہ گیلی گیز میں پانی کے ۲۰ سینٹی میٹر کا دباؤ مغزہ صفراء کو دوران خون میں اس بھجیگا۔ کامل تسدد کی حالت میں (جیسی کہ مشترک قنات کے اندر ایک رنگ صفراء سے، یا اس پر دباؤ ڈالنے والے سلعہ سے پیدا ہو جاتی ہے) صفراء آنٹوں تک نہیں پہنچ سکتا اور براز، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، پسید یا مٹی کے رنگ کا ہوتا ہے۔ جب تسدد دور ہو جاتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ یرقان کی ان قسموں میں سے پہلی اور تیسری صاف طور پر متفرق ہو جاتی

ہیں (کیونکہ ان سے وائڈ ڈن برگ کے بالواسطہ اور راست تعامل علی الترتیب حاصل ہو جاتے ہیں) لیکن دوسرے گروہ کے افراد سے عموماً دو ہی تعامل حاصل ہوتا ہے۔ گزشتہ زمانہ میں ایسی اصابتوں کے یرقان کا سبب نسبتاً چھوٹی صفراوی قناتوں کا الہتاب سمجھا جاتا تھا، اور اس واسطے ایسے یرقان کو تسدی سمجھتے تھے لیکن بروئے (Brule) اس رائے پر اعتراض کرتا ہے اور بتلاتا ہے کہ بعض اوقات صرف طحیضاً دوران خون میں متبلس ہوتے ہیں، اور کبھی صرف مبعث صفراویہ [یہ مفترق یرقان dissociated jaundice کی دو قسمیں ہیں] لہذا یقیناً خود کدی خلد است موقوف شدہ ہوتے ہیں (74)۔ وہ اس یرقان کو جو کہبت، ارتجاج یا مرض قلب کے امثلا کے باعث ہو اُسی گروہ سے متعلق سمجھتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ تسدی یرقان میں دموی فاسفوٹیس (phosphatase) زیادہ ہو جاتا ہے، اور یہ امر تشخیص میں مدد دے سکتا ہے (75)۔

مخفی یرقان (latent jaundice) کے یہ معنی ہیں کہ خون میں بائلی روبین تو ہوتی ہے لیکن اتنی کافی نہیں کہ تمثیلی زرد رنگ پیدا کر سکے یا گردوں سے بائلی روبین کا اخراج کرا سکے۔ ایسی اصابتوں میں قاروے کے اندر عموماً یوروبائلین کی وافر مقدار موجود ہوتی ہے، جو غالباً بافتوں کے درمیان سے بائلی روبین کی تبدیل ہیئت ہو جانے سے حاصل ہوتی ہے۔ تاہم یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ جب بائلی روبین بولیت نمایاں ہو تو یوروبائلین بولیت عام طور پر مفقود ہوتی ہے۔ مخفی یرقان مرض قلب میں موجود ہو سکتا ہے اور اس سے فٹل قلب کے آغاز پر دلالت ہو سکتی ہے۔ اس کی موجودگی متلف عدم دموت کو اس ثانوی عدم دمویت سے جو زنف کے باعث ہو، تمیز کر دے گی۔ آرسینو بیزال سے علاج کے بعد، اور مختلف ساری امراض میں ممکن ہے کہ مخفی یرقان اس امر کی دلالت ہو کہ جگر کو نقصان پہنچا ہے۔ کہبت میں وہ نہایت عام طور پر موجود ہوتا ہے۔

یرقان نوزائیدگان (icterus neonatorum)۔ نوزائیدہ بچوں میں یرقان کم عام نہیں ہے۔ وہ صرف چند دن یا ایک دو ہفتے تک رہتا ہے اور اسکے ساتھ کوئی علامات نہیں ہوتے۔ مبعث صفراویہ، جیسا کہ وائڈ ڈن برگ کے بالواسطہ امتحان سے

ظاہر ہوتا ہے، 'دروں رجمی زندگی کے تقریباً پانچویں ماہ میں قابل تخمین مقداروں میں خون کے اندر نمودار ہونا شروع ہوتا ہے، اور بعل فعلیاتی دم پاشیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے، 'خون کے پیدائش کے بعد دفعۃً بڑھ کر یرقان پیدا کر دیتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ مادری رجم جنین کے اندر دم پاشیدگی کو روکنے میں مدد ہوتا ہے، 'اور یہ کہ پیدائش کے بعد شیرخوار بچہ کا جگر اپنے کامل مانع دم پاشیدگی و طیفہ کو بہت آہستہ آہستہ اختیار کرتا ہے (ملاحظہ ہو مختلف عدم دمویت)۔ یہ زرد رنگ پہلے چہرہ اور دھڑکے اور ازاں بعد جوارح کو متاثر کرتا ہے، 'اور اگر سرخ جلد کو دبا کر خون کا رنگ خارج کر دیا جائے تو یہ شناخت ہو جاتا ہے۔ براز عموماً طبعی ہوتا ہے، 'اور پیشاب کا رنگ صنفہ صغراویہ سے رنگین نہیں ہوتا، 'الاشدید تراصابوں میں مریض شفا یاب ہو جاتے ہیں اور کسی علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔

نوزائیدہ کا خطرناک خاندانی یرقان (familial jaundice)۔
یہ حالت ایک ہی خاندان کے کئی افراد کو متاثر کرتی ہے۔ یرقان پیدائش کے بعد پہلے دن یا بعض اوقات دوسرے دن شروع ہو کر اسکی شدت بہ سرعت بڑھ جاتی ہے۔
غموذگی موجود ہوتی ہے اور وزن گھٹ جاتا ہے۔ شیرخوار بچہ تقریباً چودھویں دن اکثر تشنجات کے ساتھ، مر جاتا ہے۔ پیشاب میں یوروبالین اور اکثر باکٹیریوین موجود ہوتی ہے بعض اوقات زفات دیکھے جاتے ہیں۔ پاخانوں کا رنگ طبعی ہوتا ہے۔ جگر اور طحال بعض اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ علاج یہ ہے کہ ماں کے مصل کے ۵ تا ۱۵ سی سی کا دروں عضلی اشراب روزانہ بچہ کے مٹھن میں کیا جائے یہاں تک کہ اس کے خون میں صنفہ صغراکم ہو جائے۔ مصل مانع دم پاشیدگی ہوتا ہے۔ اس علاج کیساتھ انداز اچھا ہوتا ہے (90)۔ یرقان کی دوسری اصابتیں جن کی تفریق کرنی چاہئے یہ ہیں خاندانی بے صفہ ابولی یقان (familial acholuric jaundice)، جس میں "مریض بہ نسبت قے کرنے کے یرقانی زیادہ ہوتے ہیں۔ صفراوی قناتوں کا پیدائشی انطماس (congenital obliteration of the bile ducts) جو سفید پاخانوں اور صفراوی کہبت کے ساتھ متلازم ہوتا ہے اور جس میں جگر سخت ہو جاتا ہے۔ پیدائشی آنشک (congenital syphilis)۔ یرقان ساری

(infective jaundice) جس میں ایک صریح منبع سرایت موجود ہوتا ہے اور پیش بلند درجہ پر ہوتی ہے۔

استسقاء شکمی

(ascites)

اس اصطلاح سے کھفہ باریطونی کے اندر مصلی سستیاں کی موجودگی مراد ہے۔ مصلی کہنوں میں کے دوسرے انصبابات کی طرح یہ بھی عموماً قلووی ہوتا ہے، اسکا رنگ پھیکا بوال کے رنگ جیسا، اور کثافت اضافی ۱۵-۱۸ ہوتی ہے، یہ نہایت البیومینی ہوتا ہے اور آئین کلورائیڈز موجود ہوتے ہیں۔ یہ اسباب ذیل کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے:- (۱) بانی دوران خون کے تسد سے، جو وریڈ الباب کے نختہ میں ہونا جگر کے اندر اس کی توزیع میں ہو۔ (۲) امراض باریطون کے نتیجہ کے طور پر۔ اور (۳) مرض گردہ یا مرض قلب کے استسقاءے کلی کے جزو کے طور پر۔

وریڈ الباب کا تنہ، شق بانی میں رسولیوں اور بڑھے ہوئے غد کے دباؤ سے، خود جگر کے اندر کے سرطان، پھوڑے، یا کیسیہ سے، یا وریڈ الباب کے اندر خون کی تزویب (علقیہ) التهاب وریڈ الباب سے متسد ہو سکتا ہے۔ جگر میں بانی تسد کا خاص سبب کہت کی لتفی بیش بالیدگی سے بین لختی آوردہ کا انضغاط ہے بعضوں کا خیال ہے کہ بانی تسد استسقاء شکمی کا کافی سبب نہیں ہو سکتا، اور وہ استسقاء شکمی کو ان سمیات سے منسوب کرتے ہیں جو مرضی جگر میں پیدا ہو جاتے ہیں، یا آنت سے جذب ہو کر جگر میں تلف نہیں ہوتے۔ بانی تسد کا ایک دوسرا سبب التهاب غلاف کبد ہے۔ تسد کی ایک تیسری قسم قلب و شش کے امراض کی مختلف قسموں سے پیدا ہو جاتی ہے، جن میں قلب کی دائیں جانب تمع ہو جاتی ہے اور خون کے سینہ میں سے ہو کر گردے میں مزاحمت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۶)۔

استسقاء شکمی پیدا کرنے والے باریطونی امراض یہ ہیں:- حاد اور مسنن التهاب باریطون، تدریجی التهاب باریطون، اور باریطون کا سرطان۔

مرضِ برائٹ میں دوسرے مصلیٰ کہنوں کے ساتھ ساتھ باریٹن بھی محلِ انقباض ہوتا ہے۔

طبیعی امارتِ شکم بڑا ہوجاتا ہے، اور زیادہ استفادہ شکمی کے ابتدائی درجوں میں وہ عموماً تنیدہ ہوتا ہے اور اُس کی شکل گلوبوچنا ہونے کا رجحان رکھتی ہے، جس میں سامنے کی سمت ایک قطعی اُبھار ہوتا ہے۔ ازاں بعد شکم کی دیواریں کھینچ کر پھیل جاتی ہیں، اور جب مریض بستر میں لیٹا ہے تو سیالِ قوتِ جاذبہ کے اثر سے پیچھے کی طرف ہر پہلو میں جمع ہوجاتا ہے، جس سے پیٹ کی شکل زیادہ چوڑی اور زیادہ چبھی ہو جاتی ہے۔ اس وقت جوائنچ پیدا ہوتا ہے اُس کی مقدار ۳، ۴، یا ۵ گیلن ہو سکتی ہے، اور شکم اسی تناسب سے بڑا ہوجاتا ہے، چنانچہ اُس کا محیط ۲۰ تا ۲۲ انچ یا زائد ہو سکتا ہے۔ سیال کی موجودگی امتحان کے میں طریقوں سے معلوم ہو سکتی ہے، جو قسعر، تموج، اور انتقالِ موصع ہیں۔

قرعِ شکم کی سطحِ طبیعی طور پر گمکی ہوتی ہے، جس کا سبب یہ ہے کہ معدے اور آنٹوں میں ہوا موجود ہوتی ہے۔ لیکن جب سیال پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہلوؤں اور خنثی خطے میں جمع ہوجاتا ہے، چنانچہ ان حصوں کے قرع کرنے پر ایک اصم آواز نکلتی ہے، درآئحالیکہ شکم کا مرکزی حصہ گمکی رہتا ہے۔ اگر مریض کو کسی ایک کروٹ پھرا کر پھر قرع کیا جائے تو معلوم ہوگا کہ اگلے اور مرکزی خطے اصم ہو گئے ہیں، اور وہ پہلو، جو اب سب سے اوپر ہے، گمکار ہے۔ اس کا سبب یہ ہے کہ سیالِ قوتِ جاذبہ کی وجہ سے افضل ترین حصہ میں بہ جاتا ہے اور ہوا سے بھری ہوئی آنتِ بلند ترین حصے میں تیرے لگتی ہے، اور ایسا ہونا باریٹن کے اندر سیال کی موجودگی کا سب سے زیادہ قطعی ثبوت ہے، اور استفادہ شکمی کے لئے نہایت ہی نازک کا شفعہ ہم پہنچاتا ہے۔

تموج حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ شکم کی ایک جانب پر ایک ہاتھ رکھا جائے اور دوسری جانب کو اُننگی سے تیزی کے ساتھ تھپ تھپایا جائے۔ ایسا کرنے سے شکم پر رکھے ہوئے ہاتھ کو شکم کے وارپا انتقالِ موج کا احساس ہوتا ہے۔ یہ امارت متذکرہ صدر امارت کی نسبت کم یقینی ہے۔ نہایت چربیلی شکمی دیواریں سیال کی موجودگی کے بغیر بھی انتقالِ موج واقع کر سکتی ہیں، چنانچہ اس کو روکنے کے لئے تموج کی

آزمائش کرتے وقت ہاتھ کی یا کسی کتاب یا دفتری کی کور شکم کے مرکز میں رکھ دینی چاہئے۔
 (انتقال موضع کے طریقہ کا استعمال محض محدود ہوتا ہے، لیکن بعض مباحثہ
 میں اُس سے استسقاء شکمی کی شہادت اُس سے بہت جلد مل جاتی ہے کہ جتنی جلد قرع
 یا تموج کے ذریعہ ملتی ہے۔ اگر استسقاء شکمی کی کسی اصابت میں جگر بڑھا ہوا ہو تو وہ
 استسقاء شکمی سیال میں ڈوب جاتا ہے اور سیال کی نموڑی مقدار اُس کی اگلی سطح
 اور دیوار شکم کے درمیان واقع ہوتی ہے شکم کے اِس مقام پر انگلیاں رکھ کر انھیں
 یکایک اندر روک دینے سے یہ سیال ہٹ جاتا ہے اور ممکن ہے کہ جگر کی سطح محسوس ہو سکے
 یہ سیال کی موجودگی کا ایک ثبوت ہے، کیونکہ اگر وہاں کوئی سیال نہ ہوتا تو جگر اگلی دیوار
 شکم کے بالکل ساتھ لگا ہوا ہوتا۔

لیکن بعض اوقات مختلف الاقسام دویروں میں سے کسی ایک قسم سے جو شکمی
 یا حوضی اخشاء کے ساتھ تعلق رکھتی ہو، یا حامل رحم سے، یا متہد مثانہ بولی سے
 استسقاء شکمی کا تشابہ ہو جاتا ہے۔ یہ دُورے بیضی، برمیضی (parovarian)، کیبیتی
 اور کلوی دیرے ہوتے ہیں۔ اگر قرعی کا شفعہ کامیاب ہے تو یہ خارج از بحث ہو جاتے
 ہیں۔ اس کے خلاف ممکن ہے وہ توجی کا شفعہ ظاہر کریں۔ اور اگر پوری سطح اصم ہے تو
 ممکن ہے کہ ان میں سے کسی ایک میں اور ایسے استسقاء شکمی میں تفریق مشکل ہو جائے
 جسمیں آنتیں چکی ہوئی ہوتی ہیں بیضی دیرے کی خالص ساخت یہ ہے کہ ہر حالت میں شکم سامنے سے مملو ہلا ہوا
 میں گمگداز ہوتا ہے کیونکہ آنتوں کو دُورہ اور اس کی وجہ سے پیدا ہونے والا ورم دبا کر
 پہلوؤں میں ہٹا دیتا ہے (یہ ورم ایک جانب پر شروع ہوتا ہے گو بعد میں مرکزی ہو جاتا
 ہے)۔ نیز یہ بھی شاذ نہیں کہ دُورے کا خاکہ سب سے اوپر والے حصہ میں شناخت میں
 آ جاتا ہے، بالخصوص جبکہ اُس کی جستجو حرکات تنفس کے دوران میں کی جائے۔

کیلوسی اور کیلوسی الشکل استسقاء شکمی (chylous and chyloform ascites)۔ استثنائی اصابتوں میں کہنہ باریطونی کے اندر سیال
 بجائے صاف مصل ہونے کے دھندلا دودھیے رنگ کا ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ باریطون میں قنات صدری یا یعنی عروق سے کیلوس کی
 وعاء بدری کے باعث ہوتا ہے، اور یہ وعاء بدری عروق کے انشقاق کی وجہ سے

ہوتی ہے یا ان کے تسد کی وجہ سے ہوتی ہے جو کہ مرض یا طفیلیات کی موجودگی (ملاحظہ ہو فلاریت = filariasis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہی حقیقی کیلوسی استسقاء مشکلی ہے۔ ایسی حالت میں سیال کا رنگ زردی مائل سپید ہوتا ہے، اُس کی کثافت اضافی ۱۰۱۲ یا زائد ہوتی ہے، اور بُو کا انحصار اُس غذا پر ہوتا ہے جو لی جا رہی ہو۔ یہ سیال ٹھہرا رہے تو اُس کی چربی جدا ہو کر سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دیتی ہے۔ خوردبین کے نیچے شمعی گلوبین نظر آتے ہیں، مگر خلوی عناصر بہت تھوڑے ہوتے ہیں۔ جسم سے نکال لینے کے بعد ممکن ہے کہ اُس میں فائبرین کا ایک تھکا بچائے۔

ان اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ، یعنی کیلوسی الشکل استسقاء ^{شکی} یا کاذب کیلوسی استسقاء شکی (pseudo-chylous ascites) میں سیال خالص دودھ یا سپید ہوتا ہے اور اُس کی کثافت اضافی ۱۰۱۲ سے کم ہوتی ہے۔ چربی کی مقدار مختلف ہوتی ہے، ممکن ہے کہ وہ سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دے، یا محض اُس کے خفیف سے آثار ہوں لیکن بہر حال اُس کا دودھ یا چربی کے سبب سے نہیں بلکہ لیسین (lecithin) اور گلوبولین (globulin) کے ایک مرکب کے ذوق ذرات کی وجہ سے ہوتا ہے جنہیں غیر نامیاتی لمحات معلق رکھتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے چربی دار خلوی عناصر موجود مل سکتے ہیں۔ لیسین کی موجودگی کی وجہ سے یہ سیال گندیدگی سے عرصہ دراز تک متاثر نہیں ہوتا۔

کیلوسی الشکل انصابت کسی ایک مافیاتی حالت کے متمیز نہیں ہوتے، لیکن ان اصابتوں کی اکثریت میں یا تو جگر کا سرطان، یا سڈرن یا کبوت، یا گردے کا مزمن التهاب پایا گیا ہے۔ اور عام طور پر انداز بڑا ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ کیلوسی اور کیلوسی الشکل مائع دونوں دوسرے مصلی کہفوں میں بھی ہزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ اور جب تک کہ ایک یا دوسرے کہف پر بزل کا عمل نہ کیا جائے یہ معلوم کرنے کا کوئی دوسرا ذریعہ نہیں کہ آیا انصابت اُسی قسم کا ہے جو زیر بحث ہے۔

جگر کے امراض

خراج

390

امراضیات - جگر کے پھوڑے کسی عضو عامل کے داخلہ کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، جو مندرجہ ذیل راستوں میں سے کسی ایک کی راہ سے داخل ہو جائے، شریان کبدی و رید الباب، یا تفتیحی التهاب قنات صفرا (suppurative cholangitis) (جو ملاحظہ ہو) میں صفراوی قناتیں۔

پہلی حالت میں وہ ایسے عام تفتیح الدم کا ایک جزو ہوتے ہیں، جیسا کہ جسم کے کسی حصے میں زخم یا تضرر لگنے سے، لیکن بالخصوص سر کے تضررات سے پیدا ہو جاتا ہے۔ وہ چھوٹی جسامت والے اور بے شمار، یا کم از کم متعدد ہوتے ہیں انکو تفتیح الدمی خراج (pyæmic abscesses) کہتے ہیں۔

ورید الباب اس سے بھی زیادہ تعداد کی اصابتوں میں خراج پیدا ہونے کا باعث ہوتی ہے، اور جیسا کہ تفتیحی التهاب و رید الباب (suppurative pyelephlebitis) کے بیان میں (جو ملاحظہ ہو) اور دارینی زحیر (tropical dysentery) کے بیان میں درج کیا گیا ہے، عضو علامات و رید الباب کے رقبہ میں کے تضررات سے منتقل ہو جاتے ہیں۔ یہ پھوڑے منفرد، چند، یا متعدد ہوتے ہیں۔ جب یہ متعدد ہوں تو اس حالت کو بابی تفتیح الدم (portal pyæmia) کہہ سکتے ہیں بعض اوقات و رید الباب اور اس کی شاخیں شکستہ و ریختہ ریمی ٹھکے سے پر ہوتی ہیں، اور و رید کی دیواریں ملہتب ہو کر تفتیحی التهاب و رید الباب پیدا کر دیتی ہیں۔

جگر کے پھوڑے جسامت میں ایک الہین کے سر سے لیکر فند (hazelnut) کی جسامت تک مختلف ہوتے ہیں۔ ان میں پختہ پیپ، یا غلیظی مانع اور چورہ یا زبادی جیسے غشیات جو ابھی علاحدہ ہوئے ہوں، موجود ہو سکتے ہیں۔ جن اصابتوں کی ابتداء

الہتہاب وریڈالباب سے ہوتی ہے اُن میں یہ دکھلانا آسان ہو سکتا ہے کہ تفتیح زیادہ تر وریڈالباب کی توزیع کے مرکز میں واقع ہے۔ جہاں پھوڑے جگر کی سطح کے قریب پہنچ جاتے ہیں، جگر کا کیسہ اکثر ملتبہ ہوتا ہے۔

علامات - جگر کے متعدد پھوڑوں والی اصابتیں اکثر بہت مبہم ہوتی ہیں، بالخصوص اسوقت جبکہ وہ تفتیح الدم جیسے عمومی مرض کا جزو ہوں۔ اُن میں شدید بنیٰ اختلال ہوتا ہے، جس کے ساتھ عادی قسم کا بخار، نبض سریع، خفک بھوری یا فردار زبان، اور علد ہی پیدا ہونے والا انبطاح ہوتا ہے۔ قے اکثر موجود ہوتی ہے لیکن آنسوؤں کا فعل مختلف ہوتا ہے، یعنی کبھی توقض ہوتا ہے اور کبھی اسہال۔ جگر زیادہ تر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ناف کے لیول تک پہنچ جائے۔ وہ دردناک اور الیم ہوتا ہے۔ یرقان بعض اوقات موجود ہوتا ہے لیکن اُس کا موجد ہونا لازمی نہیں۔ غالباً اُس کے پیدا ہونے کے لئے ضروری ہے کہ کوئی بڑی صفراوی قنات پھوڑے سے مضبوط، یا سنگھائے صفراء سے مسدود ہو جائے۔ صبغہ صفراء کے لحاظ سے بول و براز کی حالت، بلاشبہ اسی کے لحاظ سے مختلف ہوگی۔ مدت مرض ایک سے کئی ہفتے تک ہوتی ہے، لیکن اختتام یقیناً ہلاکت خیز ہوتا ہے۔

تشخیص - اس کا انحصار اس حقیقت پر ہونا چاہئے کہ بڑھا ہوا جگر ایک حادثہ سے ماؤف ہوتا ہے، جس کے ساتھ شدید عمومی ستم الدم ہوتا ہے، بالخصوص اسوقت جبکہ ان علامات کے ساتھ کوئی ایسا ضرر بھی ہو جو بطور اتلی بہتے شناخت کیا جاسکے۔
علاج - بیشتر علامات ہونا چاہئے۔ تغذیہ کو زین اور ہتجیات کے ذریعہ سے عام حالت کی اصلاح کی کوشش کرنی چاہئے۔ تخفیف درد کے لئے افیون اور مقامی لاسقاؤں یوشوں تکیدات وغیرہ کی ضرورت ہوگی۔

معمولی ساری کبدی یرقان

(common infective hepatic jaundice)

[مارتی یرقان (catarrhal jaundice) 'حاد الہتہاب جگر' (acute hepatitis)]
یہ ان عام ترین شکلوں میں ایک شکل ہے کہ جن میں یرقان واقع

ہوتا ہے۔ نازلتی یرقان کا نام اس اعتقاد سے پیدا ہوا کہ یہ صفراوی حلیہ کے مقام پر تسدّد پیدا ہو جانے کا نتیجہ ہے جو کہ کٹڑھی مخاطی یا خشاد محاطی کے درم سے واقع ہوتا ہے۔ یہ ناممکن نہیں کہ بعض اصابتیں اسی قسم کے سبب سے ہوں۔

بحث اسباب - ساری کبدی یرقان بالخصوص اوائل زندگی میں کثیر الوقوع ہے۔ ممکن ہے کہ اُس کے ساتھ معدی اثنا عشری نازلت کے علامات موجود ہوں۔ ساری کبدی یرقان کے ساتھ اکثر یرقان کی اُن مشہور مثالوں کو بھی شامل کر لیا جاتا ہے جو خوف کی وجہ سے ہو جاتی ہیں، ان کے خاص مظاہر تو بہر حال ساری کبدی یرقان سے مماثل ہوتے ہیں۔

معمولی ساری کبدی یرقان اکثر وباؤں کی صورت میں دیکھا گیا ہے جبکہ اس کو وبائی یرقان (epidemic jaundice) کہا جاتا ہے۔ ان میں سے بہت سی وباؤں میں صرف بچوں پر یا خاص کر بچوں پر حملہ ہوتا ہے۔ نسبتاً کم مثالوں میں بالغ اشخاص سب سے زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ نہ تو انفرادی اصابتوں کو اور نہ وبائی اصابتوں کو اب تک متعین جراثیمات کے ساتھ منسوب کیا گیا ہے لیکن جہاں مرارہ اور صفراوی گذر کا پلو کو معائنہ کرنے کا موقع ملا ہے وہاں یہ صفراء سے خالی پائے گئے ہیں، جو اس امر پر دال ہے کہ کبدی افراز بند ہو گیا ہے، جس کی وجہ جلد الہتباب جگر ہے، اور بلاشبہ یہ مرض کا اصل سبب ہے۔ تاہم اثنا عشری الہتباب معکوس طور پر صفراء کے بہاؤ کو روک سکتا ہے، اور اس طرح چند اصابتوں میں سبب مرض ہو سکتا ہے (76)۔ ساری یرقان جو پیچ ٹویانہ مبداء کا ہوتا ہے، پہلے بیان کیا گیا ہے۔

علامات - ممکن ہے کہ یرقان سے تین یا چار ہفتے پہلے مریض کو سوس، ہضم، معدے میں گرانی، درد، اور ریخت، اور شاید ساتھ ہی کبھی کبھی قے بھی ہو اور دوری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ مخصوص اقسام کی غذا غیر معمولی کثرت کے بعد ہو لیکن نہایت کثیر التعداد مثالوں میں مریض کو اپنی بیماری کا کوئی حال بالکل معلوم نہیں ہوتا، شائبہ کہ جب تک کہ وہ خود آئینہ میں نہ دیکھ لے یا دوستوں سے نہ سن لے کہ اُس کی جلد میں زرد رنگ کی جھلک پیدا ہو رہی ہے۔ کبھی کبھی یرقان سے پہلے جوارح میں شدید درد ہوتا ہے۔ یا اصابت ترقی پا کر جگر کے حادثہ کی اصابت بخاتی ہے۔ جلد اور

طلحات چشم شوخ زرد رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ پیشاب کا رنگ مہضہ صفرا کی وجہ سے زردی مائل بھورا ہوتا ہے، اور اُس میں کیٹونی اجسام (ketone bodies) موجود ہوتے ہیں۔ برازیلکے یا بیٹیلے رنگ کا ہوتا ہے مصل سے عموماً وآن ڈن برگ کا راست کاشفہ یا دوہیتی تعامل حاصل ہوتا ہے۔ تپش عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ کوئی بنیعی اختلال نہ ہو اور مریض اپنا معمولی کام کاج کرنے کے قابل ہو لیکن اکثر اوقات وہ کسمند ہوتا ہے، محنت کرنے کو طبیعت نہیں چاہتی، بھوک خراب اور کسب قدر متلی ہوتی ہے۔ کبدی خطے میں بیشتر کوئی درد نہیں ہوتا، بلکہ اَلیمیت تک نہیں ہوتی لیکن کبھی کبھی یہ دونوں معتدل درجہ میں موجود ہوسکتے ہیں۔ جگر بھی اکثر بالکل بڑھل ہوا نہیں ہوتا لیکن بعض اوقات اُس کی اصمیت پسلیوں کے ماحشیے سے ایک یا دو انگشت نیچے تک پہنچ جاتی ہے، اور پھر اُس کی کور اور متدد مرارہ بھی محسوس ہوسکتا ہے۔ آنتوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، اکثر توقض ہی ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی غیر بستہ پاخانے ہونے ہیں۔ ممکن ہے کہ نبض غیر متاثر ہو، لیکن خاص طور پر یرقان کی اسی شکل میں غیر معمولی طور پر سست نبضیں پائی گئی ہیں۔ علالت دو سے پانچ یا چھ یا زائد ہفتوں تک جاری رہتی ہے، اور یرقان بتدریج رفع ہوتا ہے۔ پہلے پیشاب کا رنگ طبعی ہوتا ہے، اور آہستہ آہستہ جلد کی رنگت بھی درست ہو جاتی ہے۔

وبائی شکل میں مدت حضانت تین سے لیکر پانچ ہفتہ تک ہے۔ تشخیص کبھی کبھی یرقان شروع ہونے سے پہلے تشخیص ممکن ہوتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ کلانی جگر، جو ایک سریع الوقوع آمارت ہے، جگر کی وظیفی کارکردگی کے کاشفات عمل میں لانے کا خیال پیدا کرے اور ان کاشفات سے وظیفی فلت پائی جائے۔ ایک نو عمر شخص میں جو پہلے تندرست تھا، یا جسے زیادہ سے زیادہ کسی معدی اختلال کی شہادت تھی، یرقان کا بلا درد یا تقریباً بلا درد حملہ ہونا، بالعموم اُسے اُس یرقان سے ممیز کرتا ہے جو سنگھماٹے صفرا، سرطان، اور کمبیت، یا دوسرے نہایت عام سبب کے باعث ہو۔ اگر یرقان پانچ یا چھ ہفتوں سے زائد جاری رہے تو مندرجہ بالا تین امراض میں سے کسی ایک کے مرض کے امکان پر، یا نسبت زیادہ عمومی التہاب ففانہ صفراوی کے امکان پر غور کرنا چاہئے۔ وبائی شکل کو خمیف مرغولی یرقان سے متفرق کرنا چاہئے۔

(جو ملاحظہ ہو)۔ خون شماری سے مدد مل سکتی ہے۔ اول الذکر میں، شاید پہلے چند روزوں کے چھوڑ کر باقی مدت میں، ایک نواتی خلیات کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ آخر الذکر میں کثیر فوانی خلیات ابیض کی کثرت ہوتی ہے۔

انذار۔ حادثہ نخر کے آغاز کی شاذ استثناء کے سوائے باقی صورتوں میں انذار بالکل امید افزا ہے۔

علاج۔ اگر بخار نہ ہو تو مریض کو بستر پر لٹائے رکھنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن اسے ایسی غذا دینی چاہئے جس میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ اور خاصکر گلوکوس ہو اور شحم اور مہیجات سے پرہیز کرانا چاہئے۔ اور اگر ضرورت ہو تو ایک دالچ طین دیدینا چاہئے۔

جگر کا حادثہ نخر

(acute necrosis of the liver)

حاد اصفر د لول (acute yellow atrophy)

اس عجیب مرض میں جگر کی بافتوں کا سرسبز انحطاط واقع ہو جاتا ہے اور اس کا طبعی حجم گھٹ کر جسامت میں دوثلث بلکہ نصف رہ جاتا ہے۔

392

سبب اسباب۔ یہ ذکر کی نسبت انات میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور مریضوں کی اکثریت کی عمر تیس سال سے نیچے کی ہوتی ہے، اگرچہ یہ بچوں میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ہر عمر میں یہ مرض نہایت شاذ ہوتا ہے۔ اس کے آغاز سے پہلے اکثر شدید ذہنی اختلالات واقع ہوتے ہیں اور اس کی بہت سی اسبابیں ایسے اشخاص میں واقع ہوتی ہیں جنہوں نے اوباشانہ زندگی بسر کی ہے، یا ایسے اشخاص میں جو آتشک میں مبتلا ہو چکے ہیں، یا ایسی عورتوں میں جو حاملہ ہیں۔ نیز یہ ایک جراحی عملیہ کے بعد چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں کے اندر واقع ہو گیا ہے، اور یہ عملہ بیشتر ایک شعلی عملیہ تھا، جو کلوروفارم کے زیر اثر انجام دیا گیا۔ سمی یرقان پیدا کر دینے والا حادثہ نخر ٹرائے نائٹرو ٹولین (T. N. T.) (trinitrotoluene)، ٹیٹر اکلوری تھین (aeroplane dope) (tetrachlorethane)، آرسینو بنیزال کے مشتقات

(arsenobenzol derivatives) (ملاحظہ ہو صفحہ 117)، اور فینائل سکلونینک ایسڈ (phenyl-cinchoninic acid) (ملاحظہ ہو ص 117) کے قسم سے اور خفیف مرغولی یرقان کی اصابتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے حادثہ اور کھبت کبد (cirrhosis of the liver) دراصل ایک ہی عمل یعنی کبدی خلیات کے تسیم کی مختلف ہیئتیں ہوں جو پہلی صورت میں حادثہ اور دوسری میں نہایت مزمن ہوتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں کی درمیانی خلیج کو سخت اسکاؤڈ بول (subacute atrophy) یا کثیر گرگیٹش ٹیجیون (multiple nodular hyperplasia) کی اصابتوں کا ایک پورا گروہ یا ٹیٹا ہے۔

نیربہ امر کہ بعض اصابتوں میں اس کا سرایتی منبع معمولی ساری یرقان ہوتا ہے، پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات کبدی وظیفہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

مرضی نشیخ ۱۔ حادثہ قسم۔ حادثہ ترین اصابتوں میں جگر بڑا ہوتا ہے اور اس کا رنگ کپاسی زرد ہو جاتا ہے۔ جب مرض اس قدر زیادہ حادثہ ہو تو جگر جسامت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کا وزن صرف ۳۰ یا ۲۸ آنس ہو۔ وہ نرم، لچلچا اور تقریباً سیال کی تھیلی جیسا ہوتا ہے، اور اس کا کببہ، جو جھجھکی دار ہوتا ہے، اپنے مافیہا کے لئے بہت بڑا معلوم ہوتا ہے۔ تراشنے پر جگر زرد رنگ کا نظر آتا ہے جس میں کیتھڈر شوخ سرخ رنگ کی جلیکتیاں ہوتی ہیں، با بعض حصوں میں وہ بالکل سرخ ہوتا ہے اور بعض میں پورا زرد۔ اصلی تغیر ایک ذراتی یا تھمی انحطاط ہے، جس سے کبدی خلیے کم و بیش بالکل تلف ہو جاتے ہیں۔ یہ نخر ٹھٹھ کے مرکزی منطقوں میں شروع ہوتا ہے۔ جگر کے زرد حصوں میں یہ آٹاف کم ترقی یافتہ ہوتا ہے، اور شاید وہاں چند صفراء آلود خلیات ملیں۔ سرخ حصوں کی رنگت بافت کے نسبت زیادہ کامل تخرک کی وجہ سے ہوتی ہے، یہاں تک کہ عروق ہی جرم جگر کے واحد قائم مقام رہ جاتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے ہمیں اکثر البیومینی مادے، چربی اور صبغہ کے ذرات اور چربی کے زیادہ بڑے گلوبیولوں کے سوائے اور کچھ نظر نہیں آتا۔ جگر میں لیوسین (leucin) اور ٹائروسین (tyrosin) بھی پائے جاتے ہیں، اور موت کے چند گھنٹے بعد تراشوں کی سطح پر ان کی قلیس خود بخود حجم پائیں گی۔ صفراوی قناتیں خالی، اور

صبغہ صفرا سے رنگین ہوتی ہیں۔ مارہ بھی خالی ہوتا ہے، یا اُس کے اندر لزج رادی مخاط کی تھوڑی سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

دوسرے احتسا، میں بھی شحمی اعطاط واقع ہو جاتا ہے، بالخصوص گردوں میں جن میں حلیات مفرزہ ذراتی یا شحمی ہوتے ہیں، اور قلب اور عضلات میں جلد کے نیچے، محاطی جھلیوں میں، مصلی جھلیوں کے نیچے، گردوں میں، اور دوسرے حصوں میں مشابہ پائے جاتے ہیں۔

۲۔ تحت الحادہ دول یا کبد گرہکی بلیش تکوین۔ جگر جسامت میں اتنا کم نہیں ہوتا، اور کبدی بافت کی بازنگوین ایک متنازعہ ہوتا ہے۔ زرد رنگ کی غدی سلعے نما گرہکیں یعنی بافت کے ہیکل میں جمی ہوئی دکھائی دیتی ہیں۔ اُن کا چھوٹا یا بڑا ہونا بازنگوین کی مقدار پر منحصر ہوتا ہے، اور خسرو بن سے دیکھنے پر انہیں بازنگوین یا کبدی خلیات اور صفراوی قناتیں موجود ملتی ہیں، اگرچہ تنخری خلیے بھی کثرت موجود ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگر میں ایک عجیب منظر دکھلائی دیتا ہے، اُس کی یعنی بافت کی ترتیب کہبت سے مشابہ ہوتی ہے، اور زرد گرہکیں منظر میں اُسی مرض کی حاد قسم سے مشابہ ہوتی ہیں۔

علامات۔ علامات ابتدائہ مبہم ہوتے ہیں۔ اکثر یہ مرض ایسے برقان سے شروع ہوتا ہے جو نازلی برقان سے ناقابل تمیز ہوتا ہے، یا ایسے علامات کے ساتھ شروع ہوتا ہے جیسے کہ متلی، قے، آنسوؤں کے فعل کی بیقاعدگی۔ اور ممکن ہے کہ کبدی خلیے میں زرد مقامات جلد شروع ہو جائیں۔ یہ علامات دو یا تین ہفتوں یا اس کی نسبت بہت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہ سکتے ہیں اور پھر مرض کے نسبتہ زیادہ متمیز خصائص مویاب ہو جانے میں، جو یہ ہیں:- دماغی اختلالات یعنی ابتدائہ درد سر اور بے چینی، پھر بذیان اور تدریجی طور پر مویاب ہونے والا قوما، معہ تشنجی جھٹکوں کے، یا زیادہ شاذ امابتوں میں، خانہ کے قریب، صرع جیسے دروں کے۔ اب برقان نمودار ہو جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے سے موجود ہے تو اور زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ مصل دموی وانڈن برگ کے کاشفہ کے ذریعہ راست یا بالواسطہ یا دوہیتی تعامل دیتا ہے۔ پیش شاد ہی بلند درجہ پر ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ ۱۰-۱ سے ۱۰۲ تک ہو۔ منفص جو ابتدائی برقان کے وقت شاید سست فضا تھی

اب تیز ہو جاتی ہے۔ زبان خشک اور بھوری ہوتی ہے اور جوں جوں علامات میں ترقی ہوتی ہے دانتوں اور لبوں کے قریب وسیع جمع ہو جاتا ہے۔ علاوہ ازیں کبدی خطے میں درد اور قطعی الیمیت موجود ہوتی ہے، جو قوما کے درجہ تک میں، اس مقام پر دبانے سے شناخت کی جاسکتی ہے۔ اصمیت وسعت میں بہت سرعت کے ساتھ کم ہوتی جاتی ہے، چنانچہ بالآخر اس کا انقباضی ناپ صرف ایک انچ یا اس سے بھی کم رہ جاتا ہے۔

شکم کی حالت قدرتی ہوتی ہے، یا خاتمہ کے قریب وہ باز کشیدہ ہوتا ہے۔ طحال بیشتر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ قارورے میں صفر موجود ہوتا ہے اور البیومن کا موجود ہونا شاذ نہیں، بالخصوص خاتمہ کے قریب، اور اب تک بھی موجود ہوتے ہیں۔ خون بھی موجود ہو سکتا ہے، جو ایک عام نرزی حالت کی دلالت ہے۔ علاوہ ازیں درد قہوصی قہے، برازیں (جو بیشتر پھیکے رنگ کا نظر آتا ہے اور جس میں صفر کی کمی پائی جاتی ہے) خون کی موجودگی، رُخاف (epistaxis)، نر فجمی (metrorrhagia)، یا حلد کے نیچے منشی نزفات کی موجودگی، یہ سب ایک عام نرزی حالت پر دلالت کرتے ہیں۔ بڑھتے ہوئے قوما کی وجہ سے بالآخر موت واقع ہو جاتی ہے، گو کہ زیادہ شدید علامات صرف دو سے چار دن تک جاری رہتے ہیں۔ بالعموم حاملہ عورتوں کو اسقاط ہو جاتا ہے۔

بعض اوقات یہ مرضی حالت نہایت لمبیل عرصہ تک، کئی مہینوں یا دو سال تک جاری رہتی ہے۔ ایسی اصابتوں کو شخب الحاد ذبول کہتے ہیں۔ بعض دوری اصابتوں میں حمل، مرض خفیف ہوتا ہے اور مریض شفایاب ہو جاتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ ٹرائی نائٹرو ٹولومین (T. N. T.) اور آرسینو بینز ال کے قسم میں محض خراب ترین اصابتوں میں ہلاکت واقع ہوتی ہے۔ پہلے یقین کیا جاتا تھا کہ حامد امف ذبول تقریباً ہمیشہ ہلک ہوتا ہے، لیکن شفایابی کی ان مثالوں سے ثابت ہوتا ہے کہ اس مرض کی ایک ہلکی شکل بھی ہوتی ہے۔ ٹرائی نائٹرو ٹولومین کے قسم کی مثالوں میں اکثر عجیب و غریب زخما پایا جاتا ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ یرقان اس زہر میں تکشف ہونے کے چند سال بعد ظاہر ہو۔

تشخیص۔ اس کا انحصار عموماً دماغی علامات کے وقوع اور کبدی اصمیت کی سرینج تقلیل پر ہوتا ہے، جو ایک یرقانی مریض میں واقع ہو جائے۔ امتحان بندریہ

لاشعاع تشغیص کا ایک قابل قدر طریقہ ہے (Strathy and Gilchrist)۔ انقباضی وضع میں دیکھنے پر سایہ کی لمبائی کم پائی جاتی ہے۔ بالائی سطح، کیسہ کے ارتخا، اور پھیمپھڑے کے حرکی وجہ سے، گنبد نما نظر آتی ہے، اور زیرین کنارہ طبعی حالت کی نسبت زیادہ انقباضی نظر آتا ہے۔

انذار۔ حادثہ، جب علامات نمایاں ہوں، نہایت مہلک ہوتا ہے لیکن بعض اصابتوں میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے گوکہ ازاں بعد کس اور بالآخر موت واقع ہوئی ہے۔ یہ سخت الحاد اصابتیں ہیں۔ خفیف تر اصابتیں ممکن ہے کامل طور پر شفا یاب ہو جائیں۔

علاج۔ آخری درجہ میں مشکل کچھ کیا جاسکتا ہے۔ لیکن ابتدائی درجوں میں سستی جزو عامل کے ازالہ یا تغذیل کی کوششیں کر کے مرض کی مزید ترقی کو روکنا چاہئے۔ بستر آرام، گلوکوس کا استعمال براہ دہن (۱۰ فیصدی) اور دروں و ریدی طور پر (۶ فیصدی)، نیز فیصدی کیلشیم گلوکونیٹ کا دروں و ریدی طور پر (اسی سی روزانہ) اور سوڈیم فٹریل سیلفٹ کا دروں و ریدی طور پر (۱۶ گرام) اکثر المقداریاں کے ہمراہ آزمایا جائے۔

کبیت جگر

(cirrhosis of the liver)

کبیت کا نام جگر کے اُن امراض کو دیا گیا ہے جس میں لیفی بافت کی درریش ہوتی ہے۔ کبیت کا نام (جس میں زردی کے معنی پائے جاتے ہیں) اس وجہ سے استعمال کیا گیا کہ بانی کبیت میں جگر کا عام رنگ زرد ہوتا ہے، نہ کہ لیفی بافت کی زیادتی کی موجودگی کی وجہ سے۔ تاہم اس نام کا اطلاق اکثر دوسرے جسمانی اعضا کے مزمن لیفی تغیرات پر بھی کیا جاتا ہے، مثلاً کبیت شش اور کبیت گردہ۔ لیکن اُن اعضا کے لئے لیفیت کی اصطلاح کو کبیت ترجیح دینی چاہئے۔

کبیت کی تین خاص قسمیں ہیں:- (۱) بابی کبیت، جس میں مزمن خراش اور علامات و ریدیابی کی راہ سے جگر میں پہنچ جاتے ہیں، اور جس میں دوران خون کے اختلال جو معدی نرف اور استسقاء کے شکی پیدا کر دیتے ہیں، نمایاں سریری مظاہر ہوتے ہیں۔

(۲) صفراوی کہبت، جس میں یرقان نمایاں منظر ہوتا ہے، اور استسقا، شلکی، محض ایک اختتامی حالت کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ (۳) گرد خلوی کہبت، جو پیدائشی آتشک میں ہوا کرتی ہے (لاحظہ ہو صفحہ 397)۔

بابی کہبت

394

(portal cirrhosis)

(multilobular, alcoholic cirrhosis = اکتیر لحتکی الکحلی کہبت)

(hobnailed liver = گھل مینچی جگر)

بحث اسباب۔ امابتوں کی نہایت غالب تعداد میں بابی کہبت کا احصار جزوی یا کئی طور پر الکحل کی کثرت استعمال پر ہوتا ہے، جو بیر (beer) کی شکل میں ہو، یا شراب انگوری (wine) یا روج شراب (spirits) کے طور پر۔ اس کے متعلق پورا علم نہیں کہ کہبت پیدا کرنے کے لئے کتنی مقدار کی ضرورت ہے کیونکہ انفرادی اختلافات وسیع ترین ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض اشخاص ساری عمر خوب پیٹے رہیں اور انہیں کہبت نہ ہو لیکن دوسروں میں چند ہی ماہ کی شراب نوشی کہبت پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ بعض ایسے بچوں میں جو اس مرض میں مبتلا تھے، الکحلیت کا واقعہ ثابت ہو چکا ہے لیکن غیر محکم کہبت جگر کی بعض امابتیں ایسی بھی ہیں جن میں الکحل کو بحیثیت سبب مرض کے یقینی طور پر خارج از بحث کیا جاسکتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ معانی سموم اس مرض کی بعض قسمیں پیدا کریں۔ آتشک کے سبب سے ہونے والی کہبت پر بعد میں غور کیا گیا ہے۔ خفیف درجہ کی نفی ہش بالیدگی مزمن مرض قلب کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہے لیکن یہ کہبت نہیں جیسا کہ عام طور پر اس کا مفہوم لیا جاتا ہے۔ لطحالی عدم دتو (splenic anemia) کی بعض امابتوں میں (ملاحظہ ہو عدم دمویت کا بیان) جگر کی کہبت ایک متاخر نتیجہ کے طور پر واقع ہو سکتی ہے، اور اس صورت میں ان امابتوں کو ہر ض بینڈی (Banti's disease) کہتے ہیں۔

بڑے جگر والی کہبت (large-livered cirrhosis) ان امابتوں میں لونیت کے ساتھ بھی متلازم ہوتی ہے، جن میں سے بعض کو خون لونیت

(haemochromatosis) کہتے ہیں۔ جدیدی صبغہ، ہیموفسکین (haemofuscin) اور ہیموسڈرین (haemosidin) کی شکل میں یا آخر الذکر بروسیائی ازرق تعامل (Prussian blue reaction) دیتا ہے، یعنی پریل (Pearl) کا کاسف۔ بڑی مقداروں میں (جسم میں کی کل مقدار کے مقابلہ میں ۱۰ گنا) جگر اور لبلبہ میں بڑے دوسرے اعضا میں، ارادی عضلہ میں، شکلی لمفی غدداں اور جلد میں مطروح ہو جاتا ہے، اور نغاسیت (bronzing) پیدا کرتا ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ کہبت، جگر میں اس صبغہ کے بعد پیدا ہوتی ہے یا پہلے۔ مسفور ذیابیطس (diabeti bronze) میں ذیابیطس یا بپس ہیموسڈرین کے مطروح ہونے کے بعد نمودار ہوتا ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ خون کو تانبے کے اطالے پذیر نسیم کا نتیجہ ہوتی ہے۔

کالا آزار کے ساتھ، جو ایک ماری مداینی مرض ہے، معتدل درجہ کی کہبت موجود ہوتی ہے۔ کہبت، بڑی ہوئی طحال، اور مغز استخوان کے تغیرات کا ایک کیتقد رماثل اجتماع (لیکن بالائتمان ڈوفونونی اجسام کے) مصر کا ایک مقامی مرض ہے (Day and Ferguson)۔ اور ایک عجیب طرح کی محدود المقام بانی کہبت (localised portal cerryhosis) پائی جاتی ہے، جو بلہارزیا (bilharzia) کی شرا کا نتیجہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو بلہارزیت (bilharziasis)۔

مرضی تشریح۔ جامت میں جگر بہت مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بہت بڑا ہو، یا تقریباً طبعی جامت کا ہو، یا نسبت بہت زیادہ چھوٹا ہو۔ اول الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات بلیٹس پر ورشی کہبت (hypertrophic cerryhosis) کہتے ہیں، ممکن ہے کہ سطح خاصی چکنی ہو یا کیتقد رماں ایک دانے پیش کرے۔ آخر الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات ذبونی کہبت (atrophic cerryhosis) کہتے ہیں، یعنی بافت کے وسیع اور غیر منتظم انقباض سے اکثر عضو کی شکل بہت بدل جاتی ہے اور اس کی سطح پر یعنی بافت کھر دری گومایاں بنا دیتی ہے (گل سیخی جگر = hobnailed liver) جب بزل کے بعد دوران حیات میں استسقا و شکلی ہمیشہ پھر نمودار ہو گیا ہو تو کیسے جگر دبیز یا مچاتا ہے (ملاحظہ ہو جگر د کبدی التهاب = perihepatitis)۔ یعنی بافت کے نمو کی وجہ سے، جو اس کے اندر تمام سمتوں میں دوڑتی ہے، جگر تمام مثالوں میں

معمول کی نسبت نہایت زیادہ لوجہ دار اور سخت ہو جاتا ہے۔ تراستے پر وہ متعدد زرد، ہلکے بھورے اور زرد، یا بھورے رقبے پیش کرتا ہے جنہیں رمادی نیم شفاف لیفی بافت کے چوڑے حلقے گھیرے رہتے اور ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں۔ اگر ایسے جگر کا کہبت کے ابتدائی درجوں میں امتحان کیا جاسکے تو بابی قنالوں (کیسے غلیس = Glisson's capsule) کے گرد و پیش کثیر التعداد گول خلیے اس بافت کی در ریزش کرتے ہوئے اور بعض مثالوں میں لٹکوں کے درمیان بلکہ ان کے اندر داخل ہوتے ہوئے بھی پائے جاتے ہیں۔ ازالہ بعد سپید لیفی بافت نمایاں ہو جاتی ہے، جو ایک ترقی یافتہ اضافت میں تراش کا ایک بڑا حصہ بناتی ہے۔ عضو کے اندر دوڑنے والی لیفی بافت کے بند اسے کدی بافت کے جزروں میں تقسیم کر دیتے ہیں، جن میں سے ہر جزو یہ متعدد لٹکوں پر مشتمل ہو سکتا ہے (کثیر الختکی اکہمت = multilobular cirrhosis)۔ لیکن بارہا ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ یہ لیفی بافت ایک لٹک کو آ پار چرتی ہوئی اس کے بھی ٹکڑے کر دیتی ہے، اور بعض اوقات منفرد لٹک اس سے گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ بڑا تنوع موجود ہوتا ہے۔ خلیات مذبول ہوتے ہیں اور ذرات صبغہ کی وجہ سے بیشتر لون بوکر زرد یا بھورے ہو جاتے ہیں لیفی بافت میں کثیر التعداد نوساختہ عروق دموہیہ ہوتے ہیں جنہیں کبدی شریان میں سے مشرب کیا جاسکتا ہے، اور بازنگین فیکب دی خلیے بھی دیکھے جاتے ہیں۔ فی الحقیقت کہبت کی پیدائش کو جسم کی طرف سے مرمت کی سعی سمجھنا چاہئے، جو لٹک کے وسطی اور بیرونی منطقتوں کے تخرکے بعد ہوتی ہے۔ نوساختہ نہایت عروقی لیفی بافت میں ایک فائدہ ہے، کیونکہ وہ بازنگین یافتہ کبدی خلیوں کو تغذیہ ہم پہنچاتی ہے (۶۸)۔ ازالہ بعد وہ بیکار ہو کر سکر جاتی ہے اور اس طرح کبدی خلیات، ورید الباب کی شاخوں، اور شاید صفراوی قناتوں کو زیادہ زیادہ مضبوط کرتی جاتی ہے۔ اتصالی بافت کی بیش بالیدگی کی وجہ سے جگر ابتدائے بڑا ہو جاتا ہے، اور بعض بڑے اکہب جگروں میں چربی کی کچھ مقدار بھی موجود ہوتی ہے ممکن ہے کہ کبدی خلیات اور چربی بالآخر غائب ہو کر جگر اپنے معمولی وزن سے بھی بہت کم ہو جائے۔ چنانچہ جگر کی تغیر پذیر جامت کا انحصار کم از کم جنس، اس درجہ پر ہوتا ہے کہ جس تک عمل ترقی کر چکا ہے۔

سرطانی کھبت (cirrhosis carcinomatosa) اُن
 اصابتوں کا نام ہے جن میں اکھب جگر میں ایک اقلی سرطان نمودار ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو
 صفحہ 400)۔ قرین قیاس ہے کہ یہ مزمن خراش سے اُسی طرح پیدا ہو جاتا ہے جس طرح
 مزمن آتشکی التهاب زباں (chronic syphilitic glossitis) کے بعد زباں کا
 سرطانی سلعہ (epithelioma) ہو جاتا ہے۔

علامات - بانی کھبت کے علامات بالخصوص بانی دوران خون کے بڑھنے
 ہوئے تسد کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، یرقان اور کبدی قلت کے دیگر امارات
 اکثر مفقود ہوتے ہیں، یا ممرض میں ان کا ظہور دیر سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ متصل سے
 وَاَن دُن بَرگ کا دوہیتی تعامل حاصل ہو جائے۔ کثرت ثرا بخواری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے
 اکثر التهاب المعده موجود ہوتا ہے، جس سے بھوک جاتی رہتی ہے، زباں فرار ہوتی
 ہے، اور فٹے ہوا کرتی ہے، بالخصوص صبح کے وقت لیکن اس درجہ میں شکم کے امتحان
 سے ممکن ہے کہ جگر کی نہایت بڑی بھلائی پائی جائے، جس کا مریض کو بالکل اعلم نہیں
 ہوتا۔ اس کے بعد دوسری علامت جو اکثر پائی جاتی ہے قئے الدم ہے، جس کی
 وجہ یہ ہے کہ بانی دوران خون میں تسد شروع ہو گیا ہے۔ چونکہ ورید الباب کے
 خون کو جگر میں سے ہو کر گزرنے میں دقت محسوس ہوتی ہے، اس نظام کے جذرات
 یعنی ماساریفی، معری اور طحالی وریدیں بھی بلاشبہ متلی ہو جاتی ہیں اور اُن سے خالھی
 سطحوں پر ادما ہونے کا رجحان ہو جاتا ہے۔ لیکن بعض اوقات یہ خون مری کے زیرین
 سرے پر کی اُن وریدوں کے اشتقاق سے آتا ہے، جو ورید الباب کی شاخوں اور
 تختانی ورید اجوف یا ورید مجرد کی شاخوں کے درمیان آزادانہ ارتباط قائم کرنے کے
 دوران میں دوالی نہایت بگٹی ہیں۔ قئے الدم کے بعد براز دم الاسود ہو سکتا ہے۔ اس کے
 ساتھ ہی بواسیر کی موجودگی نادر الوقوع نہیں، اور دوران کھبت میں دوسرے حصوں
 (مسوڑھوں، ناک، اور پھیپھڑوں) سے زف واقع ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔

بانی تسد کا اہم ترین اور ستم نیتجہ تپال کا وہ انصباب ہے جو پھولی ہوئی
 وریدوں سے کہفہ باریطینی کے اندر ہوتا اور استسقاء کی وہ قسم پیدا کر دیتا ہے جو اس
 سے پہلے استسقاءئے شکمی کے نام سے بیان کی گئی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں

استسقاء شکی کے مویاب ہو جانے کے بعد بھی جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور پسلیوں سے ایک یا زائد انچ نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اُس کی کور سخت اور نہایت نیر یا گول ہوتی ہے لیکن اگر گرد کبدی التهاب زیادہ ہے تو جگر کی سطح چکنی ہوتی ہے تاہم وہ عموماً دانہ دار یا گڑبکی ہوتی ہے۔ طحال اکثر بڑی ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ محسوس ہو سکے۔ اُس کا وزن اکثر ۲۰ تا ۳۰ اونس ہوتا ہے شکم کی سطح بڑی وریدوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو حوضی اور صدری تنوں کے درمیان ادورٹی ہیں۔ اس جانب دوران خون کے ذریعہ بابی دوران خون کو سبکساری حاصل ہو جاتی ہے۔ یہ ایک اہم ام ہے کیونکہ یہ بادر کسائی کے بانی نظام، عام دوران خون سے بیکلہ بے تعلق ہیں ہے، بلکہ حالت صحت میں بھی ایسے ذرائع ارتباط موجود ہیں، جو کہبت کی حالت میں بہت بڑھ جاتے ہیں، اور جو بابی ورید کے جذرات میں کچھ خون قلب کی دائیں جانب پہنچا دیتے ہیں بغیر اس کے کہ اس کو جگر میں سے گذاریں۔ ان ذرائع ارتباط میں سے حسب ذیل بیان کئے گئے ہیں:- (۱) معدی اور مروی اور دہ کے درمیان ارتباطات، فتحہ ڈایا فرامی کے مقام پر (۲) تنانی ماساریفی کے، اور اندرونی حوضی وریدنی لو ایری شناخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۳) معدے کی اگیلی وریدوں کے، اور جانی وریدوں کی شناخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۴) ماساریفی وریدوں کی شناخوں کے، اور منوی ورید یا دیوار شکم کی دومی وریدوں کے درمیان ارتباطات۔ فرے رش (Frenchs) نے (۵) ان عروق کا تذکرہ کیا ہے جو جگر اور ڈایا فرام کے درمیان انضمامات کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات (۶) جگر کے رباط مستدیر کے طول میں دوڑتی ہوئی ایک بڑی ورید (سیپی کی معین بابی ورید: accessory portal of Sappey) پائی گئی ہے جس کی وساطت سے بابی ورید شراسینی اور اندرونی پستانی کی شناخوں سے براہ راست ارتباط حاصل کرتی ہے۔

بڑے استسقاء شکی کے ذریعہ پھیپھڑوں کے قاعدے اکثر نہایت دب کر چک جاتے ہیں۔ استسقاء الصدر اور پھیپھڑوں کا نہج بھی اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ استسقاء شکی کے خوب غویافتہ ہو جانے تک مریض دوسرے لحاظ سے بھی اکثر خطرناک طور پر بیمار ہوتا ہے۔ وہ دلا اور کمزور ہوتا ہے، اس کی آنکھیں اندر بھیجی

ہوتی ہیں، یرقان کی خفیف سی جھلک موجود ہوتی ہے، اور چہرہ پر چھوٹی ستارہ نما وریدیں ہوتی ہیں۔ تپش زیادہ تر طبعی درجہ پر ہوتی ہے لیکن بعض اوقات بخار موجود ہوتا ہے۔ استسقاء شکمی کے ظاہر ہونے کے چند ہی ہفتوں کے اندر موت اکثر یا تو فصلِ قلب کے ساتھ یا دماغی علامات (ہذبان اور قوما) کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے، اور یہ دماغی علامات مزمن الکھلیت سے واقع ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی قے الدم مہلک ہو جاتی ہے۔ ثانوی سرایتیں بھی عموماً ہلاکت پیدا کر دیتی ہیں۔

تشخیص۔ کہبت اکثر مخفی رہتی ہے یہاں تک کہ قے الدم، استسقاء شکمی، یا خفیف سائیرقان اس کے راز کو افشا کر دے۔ یا الکھلی عادات کی وجہ سے اس کے آثار کا سبب کیا جاتا ہے، اور لبولوس یا گیلکٹوس کے تحمل کے ثبوت کا شغ سے اس کا ثبوت ملتا ہے۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ ممکن ہے کہ ایک شرابی میں جسے کوئی یقینی تکلیف نہیں، امتحان کرنے پر ایک بڑھا ہوا ناہموار جگر پایا جائے۔ نہایت عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ تشخیص اس وقت کرنی پڑتی ہے جبکہ استسقاء شکمی پہلے ہی سے نمودار ہو جکتا ہے، اور پھر ترا بخواری کی کثرت اور قے الدم کی سرگزشت، بڑھے ہوئے جگر بڑھی ہوئی طحال اور خفیف سے یرقان کی موجودگی، یہ سب تشخیص مرض کے لئے کافی ہوتے ہیں۔ کدی ذطیفی کاشفات بھی تشخیص میں مفید ہوتے ہیں۔ جگر اور باریطون کی اس دوسری حالتوں میں سے جو استسقاء شکمی پیدا کر دیتی ہیں، اہم ترین یہ ہیں۔ سرطانات، جو ممکن ہے کہ ورید الباب یا اس کی سب سے بڑی شاخوں کو متروک کر دے اور باریطون کی مہر من دبازمت کے ساتھ گرد کبدی التهاب کا اجتماع (ملاحظہ ہو گرد کبدی التهاب)۔ سرطانات اور دماغ، جب وہ جگر سے دور ہوں تو بھی التهاب باریطون پیدا کر دیتے ہیں، جس کا نتیجہ استسقاء شکمی ہوتا ہے۔ اول الذکر کی شناخت بالبد کی ان گہکوں پر سے ہو سکتی ہے جو شکم کے مختلف حصوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ آخر الذکر اکثر ثرب کی ایک دبازت پیش کرتا ہے، جسے غلطی سے بڑھا ہوا جگر سمجھا جاسکتا ہے۔ قے الدم اکثر کہبت کا نتیجہ ہوتی ہے اور تشخیص کے لئے بہت کار آمد ہے لیکن وہ حادہ مدی قرص (acute gastric ulcer) اور طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) یا بھی عام طور پر ہوا کرتی ہے۔

انذار - ابتدائی درجوں میں بالخصوص اس وقت جبکہ یہ حالت وظیفی کاشفہ کے ذریعہ دریافت ہو گئی ہو، اگر الکحل کو بند کر دیا جائے تو انذار اچھا ہوتا ہے۔ جب استسقاءے شکمی نمودار ہو گیا ہو تو مریض، مکرر زل عمل میں لاکر چند سال تک زندہ رہ سکتا ہے۔ بچوں کی بعض اصابتوں میں استسقاءے شکمی اولین علامت کے طور پر نمودار ہوا ہے، اور اس کے باوجود مریض ۸ یا ۱۰ سال تک زندہ رہا ہے۔

علاج - خود اکہب جگر کے متعلق کچھ بھی نہیں کیا جاسکتا۔ اور علاج یہی باقی رہ جاتا ہے کہ مزید فساد کا سد باب کر دیا جائے اور جو کچھ نقصان اب تک ہو چکا ہے اُس کے اثرات کے ازالہ کی کوشش کی جائے۔ الکحلی کہبت میں اولین ضرورت یہ ہے کہ شراب کا ادخال قطعاً روک دیا جائے۔ اور ابتدائی درجوں میں، جبکہ اجمعی جگر سکڑا ہوا نہیں ہے اور استسقاءے شکمی اب تک نمودار نہیں ہوا ہے ممکن ہے کہ جگر اپنی طبعی جسامت پھر حاصل کر لے۔ تاہم اسی اصابت میں یہ کہنا کہ لیفیت کس حد تک ترقی کر چکی ہے ناممکن ہے۔ غذا میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ ہونے چاہئیں اور پروٹینوں کی مقدار محدود کر دینی چاہئے۔ امعاء کو فعال رکھنا چاہئے اور متلی اور سورہضم کے کوئی علامات ہوں تو اُن کا علاج اس طرح کرنا چاہئے کہ جس طرح پہلے بیان کیا گیا ہے۔ جب استسقاءے شکمی ہو جائے تو مدرات بول کے ذریعہ اسکو دور کرنا غیر محفوظ سمجھا گیا ہے، مثلاً سیلرگان (salyrgan) کے ذریعہ کہ جس میں سموم پائے جاتے ہیں، تاہم یہ مدرات بول اکثر استعمال کئے گئے ہیں۔ مسہلات میں مندرجہ ذیل استعمال کئے جاسکتے ہیں: سلفیٹ آف میگنیشیم، بائٹارٹریٹ آف پوٹاشیم مرکب سفوف جلابہ (compound jalap powder)، یا ایلاٹیریئم (elaterium)۔ اگر شکم بہت تنیدہ ہو جائے تو بزل کی ضرورت ہے، اور جب سستالی پھر جمع ہو جائے تو بعض اوقات اس بزل کو مکرر کرنے سے کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ اس رائے کی بناء پر کہ استسقاءے شکمی بالخصوص میکانی مبداء رکھتا ہے، ایک مجانبہ ران خون کو نمودار کرنے کی حسب ذیل کوششیں کی گئی ہیں: (۱) شکم کو کھولنا، اور جگر اور ڈایا فرام کی مقابل سطحوں کو کھینچ کر انہیں ایک دوسرے کے تماس میں لانا (Drummond and Morison Talma) اور (۲) ثرب کبیر کو شکم کی ساسے

کی دیوار سے جوڑنا (تثبیت الشرب = epiploxy) - اس کے متعلق یہاں شک ہے۔
 کیا گیا ہے کہ ان عملوں میں سے ۳۰ فیصدی میں کچھ کامیابی حاصل ہوئی ہے۔

صفراوی کہبت

(biliary cirrhosis)

ایہینو کی کہبت (Hanot's cirrhosis) (دیش بروسی صفراوی کہبت = hypertrophic biliary cirrhosis) - اس مرض کی تسبیب اب تک مبہم ہے۔
 یہ نامعلوم ہے کہ اولاً جگر کی کبھی بافت ماؤف ہوتی ہے یا صفراوی قناتیں یہ ایک شائبہ
 مرض ہے، جو عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے اور اکثر بچوں میں ہوا کرتا ہے
 جگر کی کلائی بہت زیادہ، اور اکثر بچوں میں طحال کی کلائی اس سے بھی زیادہ ہوتی ہے
 مریض کی بالیدگی ٹھہری ہوئی، جلد کی گہری لونیت، اور ہانچ کی انگلیوں کے سرے
 نمایاں طور پر گرز شکل ہو جاتے ہیں (کلاں طحالی کہبت = splenomegaly =
 cirrhosis) - یرقان اس مرض کا نمایاں خاصہ ہوتا ہے، اور شباب میں صنف صفرا
 موجود ہوتا ہے، لیکن استقامتِ نسلی عین اختتام کے وقت تک ہیں پایا جاتا مگر
 ہے کہ یہ مرض کئی سال تک جاری رہے۔ خاتمہ کے قریب مریض کو ہڈیاں ہوجاتی ہیں
 بعض اوقات نہایت تندی اور جوش کے ساتھ، اور پھر وہ قومازدہ ہوجاتا ہے۔
 تیش بلند درجہ پر ہوتی ہے، جلد کے نیچے اور مخاطی اغشیہ سے زف ہوتا ہے اور وہ
 مین یا چارڈن میں مرجاتا ہے۔

مگر چکنا اور بڑا ہونے کے علاوہ، تراشنے پر صفراؤ سے گہرا لٹون ہوتا ہے
 بانی کہبت کی نسبت اس حالت میں لیفی بافت نہایت زیادہ نازک طور پر مرتب
 ہوتی ہے، اور ہر تختک لیفی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے (یک لختکی کہبت =
 unilobular cirrhosis) - ممکن ہے کہ کچھ لیفی بافت لختک کے اندر اور کبھی
 خلیات کے گرد بھی موجود ہو۔ صفراوی قناتوں کا نمایاں نکاثر ہوتا ہے۔ اس کی
 شہادت موجود ہے کہ ایک بڑا اکہب جگر مریض کے زمانہ حیات ہی میں چھوٹا ہوجاتا
 ہے۔ مرفر لمبرک میز نے ایک اصابت کا اندراج کیا ہے، جس میں جگر ناف سے نیچے

پہنچ گیا تھا، اور مریض کو نہایت خوب نمایاں یرقان تو تھا مگر کوئی استسقاء شے کمی نہ تھا۔ پسندہ ہینے بعد یہ جگر ٹکڑا کر پیلیوں کی کور کے نیچے اور بالکل قریب آگیا۔ علاج بانی کہبت کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

۲۔ تسدوی قسم (obstructive form)۔ رُوس (Rous) اور

لاری مور (Larimore) نے ایک صفراوی قنات اور ورید الباب کی قناظر شاخ میں بندش لگا کر تجربہ ایک خالص یک لختی کہبت پیدا کر لی، جو ہینوں کی کہبت سے مشابہ تھی۔ پیدا شدہ صفرا کی مقدار پہلے کی نسبت کم تھی، لیکن چونکہ وہ معمولی مجاری میں سے نہیں گذر سکتا تھا، لہذا وہ میاں لختی قناتوں کی دیواروں میں سے گذر کر باہر نکل آیا اور اس سے خراش اور لیفی بافت پیدا ہو گئی۔

پھر اس کی بجائے ورید الباب کی دوسری شاخوں میں بندش لگا کر تمام بانی خون کو جگر کے اُس رقبہ کی طرف منحرف کر دیا گیا جہاں صفراوی رکود تھا۔ صفرا کی نسبت زیادہ مقدار پیدا ہوئی اور اُس نے بین لختی صفراوی قنالچوں سے خارج ہو کر ایک گرد خلوی کہبت پیدا کر دی۔

یہ نتائج ہینوں کی کہبت کی امراضیات پر قدرتی طور پر بہت روشنی ڈالتے ہیں، اور اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ ممکن ہے کہ وہ دراصل نسبت چھوٹی صفراوی گذرگاہوں کے تسدو کے باعث ہو۔ لیکن صرف تسدوی صفراوی کہبت کی ایک ایسی قسم بھی ہے جو ہمیشہ نہیں گرگا ہے مگر اسے سریری طور پر اس وقت پائی جاتی ہے جبکہ سنگھائے صفرا یا سرطان وغیرہ کے باعث صفراوی قناتوں کا طویل عرصہ سے مسلسل تسدو ہو۔ صفراوی قناتیں بہت قسع نظر آتی ہیں، اور ممکن ہے کہ جگر یک لختی یا بعض اوقات کثیر لختی کہبت ظاہر کرے۔ علاج یہ ہے کہ جراحی تدابیر سے حتی الامکان سبب کو دور کیا جائے۔

جگر کی آتشک اور تدرن

آتشک پیدا اٹشی ہو سکتی ہے یا اکتسابی۔

پیدا اٹشی آتشک اولاً گرد خلوی کہبت (pericellular cirrhosis) کے طور پر ہوتی ہے، اور ثانیاً صمغیہ کے طور پر اول الذکر تغیر ایک

لوی در ریزش کے طور پر شروع ہوتا ہے، جو مویاب ہو کر ایک لیف آسا قصلب پنجائی ہے۔ وہ ٹخنوں پر حمل آور ہو کر مریض کو لیفی بافت کی ایک تہ سے گھیر لیتی اور جگر کی بڑی مانی پیدا کر دیتی ہے۔ ممکن ہے کہ خرد بھی امتحان سے حسب دلیل امور نظر آئیں؛۔ (۱) بی فنا لوں کے گرد لیفی بافت کی زیادتی (گرد بائی کہنت = periportal cirrhosis)۔ (۲) کثیر التعداد مصغی سرخ حلیقہ، باہنوجہ کہ جگر اپنے مدتی افعال جاری رکھتا ہے، اس سے اس اطلاق جسامت کی تلافی ہو سکتی ہے، جو آشکی سم کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ (۳) دخی صفیہ (80) اتصالی بافت میں پیچ موئے موجود ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی حال اکثر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ یرقان کبھی کبھی ہوتا ہے، لیکن استسقاء شکی شاذ ہی۔ مض اوقات ان اتخاص میں جو پہلے بن خلوی کہنت کا موضوع رہ چکے ہوں کثیر نکلی کہنت مویاب ہو جاتی ہے۔

علاج - ملاحظہ ہو پیدائشی آشک صفحہ 117۔

اکتسابی آشک - یرقان (جو آشک کے ابتدائی درجوں میں اکثر ہوا کرتا ہے اور آرسیموینزال کے مرکبات کے رواج سے پہلے معلوم تھا) ظاہر کرنا ہے کہ یہ سرایت ایک مادہ التهاب جگر پیدا کر سکتی ہے۔ آخری درجوں میں آشک جگر کا صفیہ پیدا کر دیتی ہے۔ اس کے عام خصائص وہی ہوتے ہیں جو دوسرے مقامات کے صفیہ میں پائے جاتے ہیں، اور اس میں پیچ موئے بھی پائے جاتے ہیں۔ صفیہ کم و بیش کروی زردودے ہیں جو لوچدار اور لیگدار ہوتے ہیں اور رادی فی بافت کے ایک منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے کثیر التعداد بند کلکر متصلہ کبدی جرم کے اندر جاتے ہیں۔ اس لمبی ماقت کے انقراض سے جگر کی سطح پر ایک نشیب یا شق پیدا ہو جاتا ہے، جس کی تہ میں اسے پیدا کرنے والا صفیہ واقع ہوتا ہے۔ اور اس طرح سے جگر ناہموار طور پر ٹھنکدار اور ششود ہو سکتا ہے۔ اکثر اوقات صفیہ مرکز میں ٹوٹ پھوٹ کر ایک ریم نارہخت بن جاتے ہیں۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ وہ بالکل لیفی بن جائے اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ ایک مخفف نہیہ کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ یا ممکن ہے کہ ان میں کلسی ذرات کا جاؤ ہو جائے۔ صفیعی جگر اکثر چربی ہو جاتے ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ وہ بادو بدلی

انقباضات کے بڑی جسامت کے ہوں۔ آتشک کی وجہ سے ہونے والا ایک دوسرا تغیر، گرد کبدی التهاب ہے۔ اغلب ہے کہ کثیر لختکی کہبت کی بعض اصابتوں کا سبب آتشک ہی ہو۔

علامات۔ کبھی کبھی جگر کی اگلی سطح پر ایک بڑا صمغیہ ایک ابھار بنا سکتا ہے، جو چمکا اور چکدار ہوتا ہے اور اس پر ایک کیسیہ یا دوسرے دوسرے کا بہ شدت گمان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ دائیں ضلعی حاشیہ کو اوپر اٹھا دے۔ اس سے بھی زیادہ کثرت کے ساتھ، لیکن غالباً آخری دھجوں میں، آتشکی جگر بڑے، سخت، سطح پرنا ہموار، اور لیفی ندبات کے سکرٹنے کی وجہ سے مشوہ ہوتے ہیں۔ نہ تو استسقاءے شکلی کی اور نہ بڑان کی موجودگی لازمی ہے، لیکن مخصوص اصابتوں میں ممکن ہے کہ وہ وریڈالباب یا قنات صفرا پر ایک صمغیہ کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے پیدا ہو جائیں۔ اور گردے کے ہر ماں چریشی مرض کی وجہ سے اکثر البیومن بولیت بھی موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات صمغیہ کے ساتھ عادی قسم کا ایک قطعی بخار موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ ابتدائی اصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاسیم صمغیہ کو بہ سرعت گھٹا کر اس کے ساتھ کے بخار کو روک دیگا۔ سالورسان (salvarsan) بھی احتیاط کے ساتھ آزمایا جاسکتا ہے، اور اس صورت میں مریض کو کاربوہائیڈریٹ بہ افراط دئے جائیں لیکن جب کہندہ ندباتے اور وسیع چریشی مرض موجود ہوں تو فائدے کی توقع بہت کم ہو سکتی ہے۔

تندرین۔ یہ تقریباً ہمیت عام تندرین کا جزو ہوتا ہے۔ (ملاحظہ ہو دخی تندرین صفحہ 163)۔

جگر میں نوبالیدیں

(new growths in the liver)

جگر کا واحد سلعہ جو کچھ بھی عام ہے، سرطان ہے۔ دوسرے اکثر الوقوع سلعے میں سے حسب ذیل ہیں:- کھفکی عروقی سلعہ (cavernous angioma)، سادہ دوسرے (simple cysts)، اور وہ لمفی غدی سلمی مطروحات (lymphadenomatous)

(deposits) جو مرض تا جگن کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ یہ شاذ ہی کوئی معین علامات پیدا کرتے ہیں۔ نکلہ ننا خلیوں والا لحمی سلعہ (spindle-cell sarcoma) ، منیلا نینی لحمی سلعہ (melano-sarcoma) ، دویری لحمی سلعہ (cysto-sarcoma) ، مخاطی سلعہ (myxoma) ، اور غدی سلعہ (adenoma) بھی مرقوم ہیں۔

کبد شحم

(fatty liver)

شحمی دسر میرا تس (fatty infiltration) کبدی خلیات میں طبی طور پر شحم کی تھوڑی مقدار موجود رہتی ہے۔ بعض حالات میں یہ تعدیلی شحم بے انتہا زیادہ ہو جاتا ہے۔ شحمی انحطاط (fatty degeneration)۔ اس حالت میں شحم کے طبیبی خواص میں تبدیلی ہو جاتی ہے۔ نیجیاتی طور پر اسے خلیات کے اندر گلو بجول کے طور پر دیکھا جاسکتا ہے، اور اسی وجہ سے خلیات انحطاط یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بجٹ اسباب۔ شحمی در ریز تس اور انحطاط کے بے شمار اسباب ہیں۔ ان میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:۔ حمل اور رضاعت۔ عمومی فزہی۔ فاقہ کشی۔ جگر کا امتلا قشل قلب میں۔ ایسا ذیابیطس جس کا علاج نہ کیا جائے۔ انشاج (eclampsia)۔ عمومی حالتیں کہ جن میں سموم اور بلند پیش خلیہ کو نقصان رسیدہ کر دیتے ہیں۔ شدید عدم د موتیں۔ جگر کا حادثہ خنز اور دوسرے امراض۔ فاسفورس، سنگھیا، کاربن مانا کسائیڈ (carbon monoxide)، کلوروفارم (chloroform)، فینائل بائیسٹ رازیں (phenyl hydrazine)، اور کاربن ٹترا کلورائیڈ (carbon tetrachloride) وغیرہ کا شحم۔

امراضیات۔ شحم جگر بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح چکنی ہوتی ہے اس کے کنارے کسیدہ گول ہوتے ہیں اور تراشنے پر اس کا رنگ سفیدی مانل زرد اور منظر یکساں ہوتا ہے، اور ممکن ہے یہ فی الحقیقت پانی میں تیرے۔ علامات۔ شحم جگر میں درد بالکل نہیں ہوتا۔ اس کو جس کرناوشوار ہوتا ہے

کیونکہ یہ نرم کثافت کا ہوتا ہے، گو کہ بڑا اور چکنا ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے شکلی دیوانہ فریب ہو۔ فی الجملہ اس کے علامات، تسمیعی حالت کے علامات ہوتے ہیں۔ فریبی پر جو فصل ہے خاص، کر اس کو ملاحظہ کیا جائے۔

تجربہ طور پر یہ مشاہدہ کیا گیا کہ بلبہ ربوہ کتوں میں ذیابیطس میں مرور مدت کے ساتھ اکثر اوقات بظاہر اصلاح ہو گئی۔ کم شکر خارج ہوئی، اس کے باوجود یہ حیوان بالآخر مر گیا اور اس میں ایک ضخیم جگر پایا گیا۔ جب ان حیوانوں کو بلبہ براہ دہن دیا گیا تو وہ صحت مندر ہے لیلہ میں جو مادہ شفا کا سبب ہے ممکن ہے وہ کولین (choline) ہو (79)۔

399

چربی مرض

(LARDACEOUS DISEASE)

نشا آسا مرض (amyloid disease)

تقیق الصدر اور ریل ریل کے تعلق میں چربی انخطاط کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ اور چونکہ جگر ان اعضا میں سے ایک عضو ہے، جو بیشتر اوقات مآوف ہو جاتے ہیں، لہذا یہاں اس انخطاط کا ایک مختصر بیان درج کر دینا ضروری ہے۔ اس میں ہفتوں کے اندر ایک سخت، بے رنگ، نیم شفاف، پروٹینی مادے کا جماؤ ہو جاتا ہے، جس میں بہت سی ٹائروسین (tyrosine) (لارڈیسین یا نشا آسا = lardacein or amyloid) موجود ہوتی ہے، اور بعض مٹون علامات اس مادہ کی تلون کر دیتے ہیں۔ مثلاً آیوڈین کا آبی محلول اس کا رنگ بدل کر اسے گہرے بھورے سرخ مہاگنی رنگ کا کر دیتا ہے۔ سازہ جگر کی ایک ترشش پر (جس کو پہلے دھو کر خون سے مبرا کر دیا گیا ہو) آیوڈین لگائی جاتی ہے، تو مآوف حصہ کا خاکہ اس میز رنگ کے ذریعہ واضح ہو جاتا ہے۔ ازاں بعد ہلکا سفیدورک ایسڈ شامل کر دینے سے یہ رنگ بدل کر سیاہ ارغوانی ہو جاتا ہے۔ میتھیل وائیولیٹ (methyl violet) یا جنشن وائیولیٹ (gentian violet) چربی یا نشا آسا مادے کو سرخ بنا دیتی ہے، لیکن گرد و پیش کی تندرست بافت کا

رنگ نیلا ہو جاتا ہے۔

جن بافتوں میں یہ چربی مادہ پایا جاتا ہے وہ بہ ترتیب زمانی سب سے پہلے عروق دمویہ کی دیواریں، دویم مختلف اتصالی بافتیں اور بالآخر عضو کے غدی خلیا ہیں (بشرطیکہ ان میں یہ مادہ پایا جائے)۔ درحقیقت یہ مادہ اپنے محل وقوع کے لحاظ سے زیادہ تر بن خلوئی ہوتا ہے۔ چنانچہ چھوٹی شرائین میں اس کا جماؤ درمیانی طبقہ کے عضلی ریشوں کے خلیات کے درمیان ہوتا ہے اور ان کو ایک دوسرے سے علیحدہ کرتا ہے۔ طحال میں یہ گودے کے خلیات کے درمیان وھاریوں اور چلکتیوں کی طرح موجود رہتا ہے۔ اور جگر میں یہ عروق شعریہ اور غدی خلیات کے درمیان مائل ریزوں کی صورت میں پڑا ہوا ہوتا ہے۔ درحقیقت یہ اتنا انحطاط نہیں کہ جتنا ساخت میں ایک قسم کا اضافہ ہے، اور وہ ٹھوس اعضا جو اس سے آؤف ہو جاتے ہیں، عموماً بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔ عروق سے اس کا جو تعلق ہے اُس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس کا جماؤ خون میں سے ہوتا ہے۔ یہ اکثر و بیشتر طحال، گردوں، جگر، امعاء اور معدے میں واقع ہوتا ہے، اور گھٹتے ہوئے تو اتر کے ساتھ فوق الکلیہ کیسوں، غدو لمفاویہ، درقیہ، اُورط، بیضین، اور رحم میں چربی جاؤ جسم کے کسی بھی حصے میں طویل تبقیح ہونے کے باعث ہوتا ہے، اور سِل ریوی، آشک شالشی، ہڈیوں اور مفاصل کے درنی مرض اور تبقیح الصدہ میں بالخصوص عام ہے، یا آشک میں بلا تبقیح کے بھی۔

جگہ میں چربی تغیر ابتداء تخت کوں کے درمیانی منطقہ میں دیکھا جاتا ہے، جہاں عروق شعریہ شریان کبدی کے انقسامات کے ساتھ نہایت قریبی طور پر وابستہ ہوتے ہیں۔ جوں جوں یہ جماؤ بڑھتا جاتا ہے، کبدی خلیات مضبوط ہو کر مذبول ہوتے جاتے ہیں، لیکن خود ان کے اندر چربی جماؤ صرف کبھی کبھی ہی ہوتا ہے۔ جگر بے انتہا بڑا ہو جاتا ہے، اُس کی سطح پکنی اور کورکتھڈ گول ہو جاتی ہے، اور اُس میں درو یا الیمیت مطلق نہیں ہوتی۔ بمرض یرقان نہیں پیدا کرتا۔ اس کے ساتھ تسمیہ مرض کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی اکثر طحال کی کلانی، البیومن بولیت اور اسپہال بھی، جو دوسرے

اعضائے اندر اس کے جماؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چربی جگر جو ساتھ ہی آنکلی صمغیہ یا ندبہ کا محل وقوع ہو، قدرتا اپنی ہموار چکنی سطح کو کھودیتا ہے، مگر وہ اپنے دوسرے تلازمات کی وجہ سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ بانی دوران خون تنہا چربی تفر سے متسد نہیں ہوتا، اور گو استقار شکلی اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، وہ بیشتر استقارے کلی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، اور ان دونوں کو گردوں کے ہمزماں مرض سے منسوب کرنا چاہئے، یا ممکن ہے کہ وہ دوسری پیچیدگیوں مثلاً کہبت صمغیہ یا مزمن التهاب باریطون کے باعث ہوں۔ گردہ کا چربی مرض اکثر کلاں سفید گردہ کا سامنظر پیدا کر دیتا ہے۔ خرد بینی امتحان پر قبلی گچھا بسا اوقات سب سے پہلے تبدیل ہوتا ہے، اور اس کے بعد کیے بعد دیگرے عروق درآرندہ، عروق مستقیمہ، عروق برآرندہ، اور بن انبوی عروق۔ تاہم بعض اصابتوں میں یہ تبدیلی عروق مستقیمہ میں اس وقت سے پہلے پائی جاتی ہے جب کہ یہ قبلی کچھے میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ کلاں سفید گردے کے التهابی تغیرات موجود ہوتے ہیں چربی طحال بڑھی ہوئی سخت اور چکنی ہوتی ہے۔ یہ تبدیلی طحالی عروق کو اور میلیگیائی جیموں (Malpighian corpuscles) کو متاثر کرتی ہے، اور میلیگیائی جیمے سطح پر سفید داغوں کے طور پر نظر آتے ہیں (صا بو طحال = sago spleen)۔ دوسری اصابتوں میں چربی مادہ گردے کے خلیات کے درمیان مطروح ہوتا ہے، اور عینوزیادہ یکساں طور پر شاحب ہوتا ہے۔

400

تشخیص کبدی کچھ کے کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ ایک ایسی اصابت میں کہ جس میں طویل المدت تغیر ضرر یا نالشی آتشک ہو، البیومن بولیت کی موجودگی اس مرض کے امکان کا اشارہ کرے گی، بالخصوص اگر طحال یا جگر بہت بڑھے ہوئے ہوں۔ پیشاب میں چند زجاجی یا ذراتی سبائک موجود ہوتے ہیں، اور گاہے ایسے سبائک جو کہ چربی تعادل دیتے ہیں۔ اگر گردے کے وظائف میں بہت خلل واقع ہو گیا ہو تو اصابت کسی ایک قسم کے مرض برائٹ کے ساتھ مشابہ ہو سکتی ہے، اور آنت کے متلازم چربی مرض کی وجہ سے اسہال موجود ہو سکتا ہے۔

انذار۔ یہ نہایت بُرا ہوتا ہے، لیکن کارگر جراحی علاج کے بعد کلائی میں

تخفیف ہو جانا مرقوم ہے۔ ترقی پذیر استسقاء، یوریا و مویت، خست کن اہمال، مصلی الہتہات اور کبدی عدم کفایت سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو سبب دور کر دینا چاہئے۔ یہ سبب ریوی میں تو ناممکن ہے لیکن شاید تھج کے دوسرے اسباب کا جراحی طریقہ سے علاج کرنا ممکن ہو۔ اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ کا ڈیلیورائل، آئرن (لوہا) ٹونین اور دوسرے مقویات دینے چاہئیں۔ آتشکی اصابتوں میں پارہ اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ استعمال کرنے چاہئیں۔

جگر کا سرطان

(carcinoma of the liver)

امراضیات۔ اولی سرطان دوشکلوں میں واقع ہوتا ہے :- گریوں کے طور پر جو جگر کے کسی بھی حصے میں نمودار ہو جاتی ہیں اور ایک منتشر درریز کے طور پر نیجیاتی لحاظ سے جگر کا سرطان دو قسموں کا ہوتا ہے :- (۱) کبدی خلیوں والا، جن سے صفرا کا افزائیدہ ہو سکتا ہے یا (۲) صفراوی قنات کے خلیوں والا۔ کبھی کبھی اولی سرطان اکٹب جگر میں نویاب ہو جاتا ہے۔ بالعموم جگر زیادہ بڑھتی ہوتا۔ یعنی بیش بالیدگی کے علاوہ وہ متعدد سلعات پیش کرتا ہے، جو ابتداء سخت اور سپید ہوتے ہیں، لیکن بعد میں ان میں اسخطاطیا تخر واقع ہو کر ان کا رنگ زرد یا سبز ہو جاتا ہے۔ سریریاتی مظاہر کمیت کے مظاہر سے مماثل ہوتے ہیں اور اس حالت کو سرطانی کھبت (cirrhosis carcinomatosa) کا نام دیا گیا ہے۔

سرطان جگر کی جو اصابتیں ملتی ہیں ان میں سے ایک نہایت بڑی تعداد ثانوی ہے جو دوسرے احشاء (بالخصوص معدے، آنت، مارہ، شق یا بی میں کے غدو رحم یا پستان) میں کے سرطانی مطروحات کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ سرطانی خلیے ورید اباب کی شاخوں کے ذریعہ سے جگر میں پہنچ کر لخت کی عروق شرعیہ میں جا گزیں ہو جاتے ہیں۔ ثانوی سرطان کی نوعیت، یعنی اس کے نرم یا سخت یا سیاہ ہونے کا دار و مدار اتالی سلمہ کی نوعیت پر ہوتا ہے۔

اگر یہ سرطان منتشر ہے تو جگر محض بڑا ہو جاتا ہے لیکن جب یہ گریہوں یا جہاگانہ رسولیوں کی شکل میں موجود ہو تو جگر بھی اُن کے ساتھ نہایت مختلف شکلیں اختیار کر لیتا ہے۔ ہر گریہک ہر سمت میں یکساں طور پر بڑھنے اور اس طرح اپنی شکل کو گلوبو سچہ نما رکھنے کا رجحان رکھتی ہے اور جب وہ سطح پر پہنچ جاتی ہے تو وہ ایک سخت، متحد، یا نیم کروئی بروں بالیدگی کے طور پر ابھر آتی ہے۔ لیکن جب گریہک نسبتاً بڑی، مثلاً قطر میں $\frac{1}{4}$ انچ، ہو جاتی ہیں تو مرکز میں وہ اکثر ذراتی یا خمی چورے کی صورت میں ٹوٹ چھوٹ جاتی ہیں اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ گریہک جو سطح پر ابھری ہوئی ہوتی ہیں، ایک جانب پر بلا سہارا ہونے کی وجہ سے اندر دھنسن جاتی ہیں اور ایک مرکزی شیب یا نافلیخی (umbilication) پیدا کر دیتی ہیں۔ یہ ایسی حالت ہے جو بعض اوقات اگلی دیوار شکم کی راہ سے محسوس ہو سکتی ہے۔ جگر کی زیریں کو ریحی بے قاعدہ اور گریہک دار ہوتی ہے۔ تراش لینے پر ایسا جگر سپید سرطانی بالیدگی کے بے قاعدہ رقبہ پیش کرتا ہے جن کے خاکے کم و بیش مدور ہوتے ہیں۔ تلبیہ بڑے رقبہ مرکز میں نرم ہو رہے ہیں اور ان میں سے بہت سے رقبے نزقات کی وجہ سے دھتے دار ہو گئے ہیں۔ وہ کبھی بافت جو ان کے درمیان حامل ہے، اکثر گہرے بھورے یا زرد رنگ کی ہوتی ہے جب سرطان کا آغاز مرادہ یا قنات صفر سے ہوا ہو، یا وہ شق بانی سے اندر کو بڑھ گیا ہو، تو اسکی بالیدگی اسی خطے میں وسیع ترین ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ اسی میں بالکل محدود ہو۔ بعض اوقات خالی مرارہ، یا ایسا مرارہ جس میں کچھ حصہ موجود ہوں، ایک سرطانی نوے میں مفروش یا گڑا ہوا ہوتا ہے۔ شق بانی کے قریب کی سرطانی گریہک قنات صفر یا ورید الباب کو دبا کر پچا سکتی ہیں، اور ممکن ہے کہ آخر الذکر اس نو بالید سے بالکل پر ہو جائے۔

علامات - سرطان جگر عموماً بہت زیادہ درد پیدا کرتا ہے، جو دائیں مرقا شائے اور کم کو ماؤف کرتا ہے۔ ابتداءً وہ ایک وزن اور پھینپی کے احساس سے زائد نہیں ہوتا اور بعد میں شدید اور متفرق ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ لیکن کبھی کبھی درد غیر موجود ہوتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے جگر بڑا ہو جاتا ہے اور ناف سے بہت دور نیچے اور بڑھ کر بائیں

جانب تک پہنچ سکتا ہے۔ اس کی سطح پر گرہیں ابھر کر نمایاں ہو جاتی ہیں اور اس کا بے قاعدہ خاکہ ایک نئی تصویر میں بھی دکھائی دیتا ہے۔ کلانی زیادہ تر سہنجے کی سمت ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ محدب سطح سے بھی بڑے بڑے تو دے بڑھ کر ڈایا فرام کو اوپر کے طرف دھکیل دیں اور اس طرح قاعدہ شش کو دبا کر پچکا دیں۔ بالعموم سرطانی تو دے کی سطح تقریباً پتھر کی سی سختی رکھتی ہے، جو کہ بہت یا چربی مرض کے نسبت صاف طور پر سخت تر ہوتی ہے، اور سخت سرطان سے نرم طبعی بافت تک ایک تدریجی تغیر اکثر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ یرقان تقریباً نصف مریضوں میں ہوتا ہے اور عموماً یہ دکھلایا جاسکتا ہے کہ وہ صفرا کی خالص قنات پر دباؤ پڑ جانے کا نتیجہ ہے، بالخصوص ان اصابتوں میں جہاں سرطان شق بانی سے شروع ہو۔ دان دن برگ کا راست کا شغف حاصل ہوتا ہے۔ اسی طرح استسقا، شکلی اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں، اور یہ سیال شاذ ہی اس قدر دافر ہوتا ہے جس قدر کہ کہبت میں۔ اس کا انحصار بیشتر ویدالباب یا اس کی بڑی شاخوں پر راست دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے، اور کبھی کبھی ایک ہمزان التباب باریطون پر۔ نیز لاغری، شحوب، اور انبطاح جو خبیث یعنی سرطانی امراض کا عام خاصہ ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ سرطان جگر کی بہت سی اصابتوں میں ارتقاع حرارت ہوتا ہے، اور کبھی کبھی اس کے اشتدادات اور فترات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ مرض ہاجکن میں۔

تشخیص۔ ایک بوڑھے شخص میں بڑھا ہوا جگر اور یرقان جو کئی ماہ سے ہو، مریضوں کی اکثریت میں جگر کے سرطان یا البلیہ کے سر کے سرطان کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی یہ بھی ممکن ہے کہ قنات صفرا ایک سنگ صفراوی سے مسدود ہو گئی ہو۔ اگر جگر کی سطح پر سخت اور نامموار گرہیں محسوس ہوتی ہوں تو سرطان جگر کی تشخیص نہایت اغلب ہے۔ وہ ابھار جو صمغیہ (gumma) کی وجہ سے ہو عموماً منفرد ہوتا ہے، اس کا قطر ایک انچ یا زائد ہوتا ہے، اور وہ نرم یا لچکدار ہوتا ہے۔ اگر جگر کی سختی کیساں طور پر ہو اور بہت زیادہ نہ ہو تو سرطان کا ہونا محض قرین قیاس ہے۔ جن اصابتوں میں یرقان نہ ہو جگر کا بڑھا ہوا نامموار

اور گوڑے دار ہونا اور مریض میں لاغری کا موجود ہونا عموماً تمیز علامات ہوتے ہیں۔ چربشی اور اکہب جگر نسبتہ کم سخت اور زیادہ مہوار ہوتے ہیں۔ ان دونوں حالتوں میں طحال بھی اکثر اوقات بڑھی ہوئی ہوتی ہے، پہلی حالت میں چربشی جاوے، اور دوسری حالت میں وریڈی رکود کی وجہ سے، دراصل لیکہ طحال کی سرطانی کلانی نسبتہ غیر عام ہوتی ہے۔ آتشکی جگرنا مہوار اور دردناک ہو سکتے ہیں، لیکن یہ اکثر نسبتہ نوعمر اشخاص میں ہوتے ہیں، اور اپنی مخصوص سرگزشت رکھتے ہیں۔ شکم صفرائے عرصہ دراز سے ہونے کی سرگزشت سرطان کے امکان کو خارج نہیں کرتی، بلکہ اس کی تائید ہی کرتی ہے۔

انذار - یہ نہایت یاس انگیز اور بُرا ہوتا ہے۔ مدت مرض شاذی بارہ مہینوں سے زائد ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی دو یا تین سال بھی ہو سکتی ہے۔ نسبتہ نرم قسم کی نوبالیدیں ایک یا دو ماہ کے اندر ہی ہلاکت پیدا کر سکتی ہیں۔

علاج - یہ محض مخفف ہو سکتا ہے، اور اس پر مشتمل ہے کہ درد کی تسکین اور دوسرے علامات کا تدارک کر دیا جائے، بیشتر ان علامات کا جو احباب مضم سے متعلق ہوں، مثلاً قے، ریحیت، اور قبض، غذا ہلکی مگر منڈی ہوئی جائے۔

دویری مرض

(cystic disease)

اس نادر حالت میں کثیر التعداد دویرے، کم و بیش مجتمع طور پر واقع ہوتے ہیں، جن کی جسامت ایک انچ یا زائد قطر کی ہوتی ہے، اور جن میں ایک صاف یا زردی مائل آسمرابی مایع بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مرض بیشتر اوقات گردوں اور دوسرے اعضا کے دویری مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جگر بڑھا ہوا ہو، لیکن اس کے علاوہ اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے، اور اس کی تشخیص انذار اور علاج کا انحصار گردوں کے مثل تغیر پر ہوتا ہے، جو اس کے ساتھ ساتھ ہوا کرتا ہے (ملاحظہ ہو گروے کا دویری مرض)۔

گرد کبدی التهاب

(PERIHEPATITIS)

402

امراضیات - گرد کبدی التهاب، یعنی جگر کے کیسہ کا التهاب، حادثا یا مزمن، محدود المقام یا زیادہ عام طور پر منتشر ہو سکتا ہے۔ یہ کسی ایسے ضرر سے پیدا ہو جاتا ہے جو جگر میں یا اس کے قرب وجوار میں ہو، بالخصوص کپتہ، آتشکی من، التهاب مرارہ، سرطان، کیسیہ، اور زیر ڈایا فرامی پھوٹے (subphrenic abscess) سے، اور ممکن ہے کہ یہ ایک عمومی التهاب باریطون کا جزو ہو۔

گرد کبدی التهاب میں جگر کی سطح کا منظر حاد التهاب باریطون کا سامنا ہے۔ مزمن گرد کبدی التهاب میں جگر کا کیسہ غیر شفاف اور کم و بیش دبیز ہوتا ہے۔ یہ دبازت اکثر سطح پر بے قاعدہ چکیتوں میں پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ اور ایسی چکیتیاں اس مرض سے متعین ہوتی ہیں جو کیسہ کا التهاب پیدا کر دیتا ہے۔ بعض اوقات جگر ایک دبیز کیسہ کے اندر بالکل ملفوف ہوتا ہے، جس کی دبازت ۲ تا ۱۰ ملی میٹر ہوتی ہے (جرمن زبان میں Zuckergussleber، شکر کی تلہ چڑھا ہوا جگر = sugar-icing liver) ایسی اصابتوں میں جگر کا اگلا کنارہ گول ہوتا ہے۔ زیادہ شدید شکلوں میں استسقاء شکمی عموماً موجود ہوتا ہے، جو متلازم التهاب باریطون کا نتیجہ ہوتا ہے، اور طحال بھی اکثر شامل طور پر ماؤف ہوتی ہے (گرد طحالی التهاب = perisplenitis)۔

علامات - کیسہ جگر کے التهاب حادثی مقامی الیمیت اور درد ہوتے ہیں، بالخصوص تنفس کے عمل میں، اور ممکن ہے کہ ایک رگڑ کی آواز سنائی دے، یا جگر پر ہاتھ رکھتے پر ایک رگڑ محسوس ہو۔ مزمن اصابتوں میں جگر سخت ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ متوالی استسقاء شکمی بھی دیکھا جائے۔ بنیادی سبب کا علاج کرنا چاہئے۔

التهاب ورید الباب

(PYLEPHLEBITIS)

یہ دو شکلوں میں یعنی انضمامی اور تفتیحی ہوتا ہے، جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، ایک کا تو استسقاء شکمی کے ایک سبب کی حیثیت سے، اور دوسرے کا جگر کے متعدد خراجات کے تعلق میں (ملاحظہ ہو انگریزی صفحہ 390)۔

انضمامی التهاب ورید الباب

(adhesive pylephlebitis)

زیادہ عام طور پر یہ ورید الباب کی علیقت ہوتی ہے، جس میں خون کا تھکنا دیوار ورید سے چپک کر بالآخر اسی طرح متعفن ہو جاتا ہے جس طرح کہ ایک علقہ کسی دوسرے مقام پر متعفن ہوتا ہے۔ اس کے اسباب وہ تغیرات ہیں جو ورید الباب یا اس کی توزیع میں جوئے خون کا ابطار پیدا کر دیتے ہیں، مثلاً کہبت، آتشکی مرض، وریدی تنہ پر رسولیوں کا دباؤ یا گرد کبدی التهاب میں اس کا بھی مبتلا ہو جانا، یا شقی کبدی کے قریب مزمن باریطونی التهاب۔ ورید الباب کا یہ تسد و مرض بینٹی (Banti's disease) کی ایک شکل پیدا کر دیتا ہے، یعنی طحالی عدم دمویت جس کے ساتھ کہبت جگر ہو۔

تفتیحی التهاب ورید الباب

(suppurative pylephlebitis)

یہ تقریباً ہمیتہ شکم کے ضررات کی سرایت کے سبب سے واقع ہوتا ہے، (شکم وہ رقبہ ہے کہ جس سے ورید الباب کو خون کی رسد پہنچتی ہے)۔ ضررات کی مثالیں التهاب زائدہ و دودید (جو عام ترین سبب ہے)، معاد مستقیم، قولون یا چھوٹی آنتوں کے قروح، معدی قرعہ، اور شکم یا حوض کا کوئی تفتیح ہیں۔ ممکن ہے کہ

نوزائیدہ بچہ میں ورید بُتری کے عفن التهاب وریدی سے ورید الباب کو سرایت پہنچ جائے۔ شاذاً عاصبتوں میں راست تضرر سے بھی ورید الباب کا تفسی التهاب شروع ہو سکتا ہے۔

یہ فساد عموماً ورید الباب کی محیطی شاخوں میں آغاز پذیر ہوتا ہے۔ ورید کی دیوار ملتبہ ہو کر متعجب ہو جاتی ہے، ایک علقہ بن جاتا ہے اور وہ پیپ بن کر ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے، اور جگر کے اندر کی مرکزی شاخوں میں اس کے منتقل ہونے سے علقیت، التهاب وریدی اور تفسع کے تازہ مرکز پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی عاصبتوں میں، جگر میں متعدد چھوٹے چھوٹے پیوڑے بن جاتے ہیں۔ جگر بڑا اور نرم ہو جاتا ہے۔ ورید الباب کی شاخیں ٹوٹنے پھوٹنے والے علقوں، یا پیپ، یا متخشّر سیال سے بھر جاتی ہیں۔ طحال بڑی ہو جاتی ہے، اور کبھی کبھی التهاب باریطون بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات - شراسینی اور مراقی درد، عادی بخار، تشعیرہ، پسینہ، قے، عدم دمویت اور انبطاح ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ورید الباب کا تسد و کیفہ راسخاً شکمی پیپ سا کر دینے کے لئے کافی ہو، اور طحال بڑھ جاتی ہے۔ یرقان اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ اگر پھوڑے کثیر التعداد ہیں تو ممکن ہے کہ جگر کی کلانی او ورد اور الیمیت موجود ہو۔ برازی میں عموماً اسٹرکوبالین (stercobilin) موجود ہوتی ہے۔ ایک ٹانفائڈی حالت طاری ہو جاتی ہے، جس میں ذہول اور ندیان ہوتا ہے، اور ایک سے سات یا آٹھ ہفتوں میں مرض عموماً ترقی پا کر خاتمہ ہوتا ہے۔

تشخیص - یہ مرض آسانی نظر انداز ہو جاتا ہے۔ تفسع الدم، عفنۃ الدم، طیریانی بخاروں، عدا صفر ذبول، تفسعی التهاب قنات صفراء، یرقان حسیخ، زیر ذایا فراخی خراج، ٹانفائڈ بخار، یا ذات الریہ کے ساتھ اس مرض کا غلط ط کیا جانا ممکن ہے۔ جگر کی ماؤفیت کی مقامی شہادت، اور باقی رقبہ میں سرایت کے مقامی سرچشمہ کی موجودگی کی شہادت، اور طحال کی کلانی یہ سب تفسعی التهاب ورید الباب پر دلالت کرتے ہیں۔ جب مقامی امارات غیر موجود ہوں، تو

اس واقعہ سے کہ صریح تقيح الدم بلا کسی خارجی زخم کے اور بلا التهاب دروں قلبہ (endocarditis) کے موجود ہے، کسی شکلی عضو کے سرچشمہ عفونت ہونے کا اشارہ ہوتا ہے۔ تقيح الدم کے علامات، نمایاں یرقان اور التهاب مرارہ یا سنگہائے صفرا کی شہادت یقینی التهاب قنات صفرا پر دلالت کریں گے۔

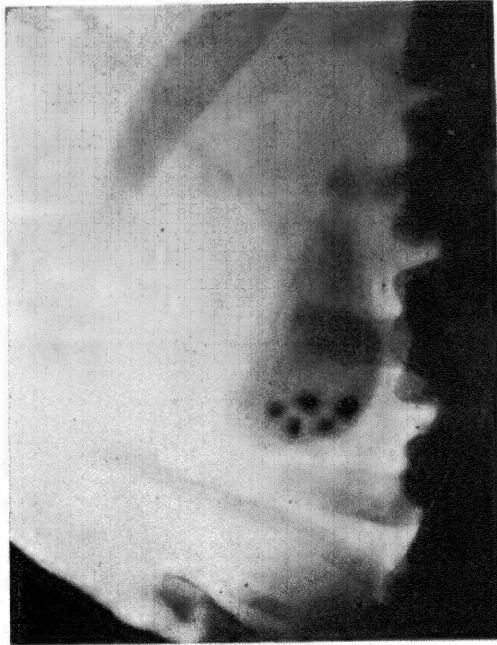
علاج۔ چونکہ اس مرض کا ممر تقریباً لازمی طور پر مہلک ہوتا ہے، لہذا علاج لا حاصل ہے، باستثنائے اُس کے کہ جو تخفیف درد، بے خوابی اور دیگر علامات کے لئے اختیار کیا جائے۔

ن صفراوی آلہ کا امتحان

صفراوی قناتیں محض حالبین جیسی ایصالی نالیاں نہیں ہیں، اور نہ مرارہ محض مشانہ کی طرح ایک طرف ہے۔ صفراوی قناتوں میں غدو میں جو ایک بے رنگ آبی سیال کا افراز پیدا کرتے ہیں جو صفرا کی ترقیق کر دیتا ہے، اور مرارہ کا قتل اس کے برعکس ہے جو صفرا کی دس گنا تر کیز کر کے ایک گاڑھا ہر اسیال بنا دیتا ہے۔ اگر کبدی قناتیں باندھ دی جائیں تو وہ ایک بے رنگ سیال یعنی سید صفرا (white bile) سے پھول جاتی ہیں، اور یہ ایسے بلند تناؤ کے تحت جمع ہو جاتا ہے کہ جس سے جگر ان قناتوں کے اندر صفرا کا افراز بالکل نہیں کر سکتا۔ اگر مشترک قنات مسدود ہو جائے تو مرارہ میں پانی اور لمحات کا جذب واقع ہوتا ہے، جو کہ طبعی حالت میں کل حجم کا ۹ فی صدی ہوتا ہے، لہذا قناتوں میں دباؤ بڑھنے نہیں پاتا، اور اب اُن میں معمولی صفرا موجود ہوتا ہے۔ لیکن اگر مرارہ اکھب یا تلف ہو جائے تو دباؤ کو کم و بیش کرنے والی میکانیت غیر موجود ہوتی ہے، اور یہ قناتیں سپید صفرا سے پُر ہو جاتی ہیں، گو جسم کی ہر دوسری بافت میں گہرا یرقان موجود ہو۔ مرارہ براری (cholecystectomy) کے بعد ابتداءً صفرا اثناعشری میں مسلسل ٹپکتا رہتا ہے، لیکن بالآخر ممکن ہے کہ قناتیں متسع ہو جائیں اور مرارہ کے افعال کی انجام دہی خود اختیار کر لیں (نیز ملاحظہ ہوں امراض لبلبہ)۔



الف۔ مرارہ نکاری۔ طبعی مرارہ۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)



ب۔ مرارہ نکاری۔ مرارہ میں مصنوعی سنگ موجود ہیں۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)

وٹیفی امتحان

مرارہ نگاری (cholecystography) - طریقہ گرام (Graham's method) کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ بعض خضابات (dyes) جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتے ہیں، جوئے خون میں پہنچنے کے بعد ان کا جگر سے صفراء کے اندر افراز ہوتا ہے اور یہ خضابات صفراء کے ساتھ مرارہ میں چلے جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ صفراء اس خضاب کے مرارہ کے اندر مرکوز ہو جاتا ہے (لیکن قناتوں میں مرکوز نہیں ہوتا) لہذا اشعاع نگاشت لی جاسکتی ہے۔ پھر ایک شیمی غذا دیکر مرارہ کے وٹیفی تسخلی کا امتحان کیا جاسکتا ہے، چنانچہ طبعی حالت میں سایہ نسبتہ چھوٹا ہو جاتا ہے (صفحات ۳۱ اور ۳۲ ب)۔

ٹیٹرا آیوڈوفینال تھالین (tetra-iodo-phenol phthalein) موضوع کی جسامت کے لحاظ سے ۳ یا ۴ گرام کی مقداروں میں ۴۰ سی سی عقیقہ آب کشیدہ کے اندر حل کر کے ۹ بجے شب کے وقت وسطی قیفالی ورید کے اندر شرب کر دی جاتی ہے (احتیاطوں کے متعلق ملاحظہ ہو نوآرینو بینزال)۔ اشرباب سے چوبیس گھنٹے پہلے ملٹھی کا سفوف (liquorice powder) دے کر مراری خطے کا صفحہ لے لیا گیا تھا۔ دن بھر شیمی غذا میں دی جاتی ہیں، لیکن ۶ بجے شام کے بعد کوئی غذا نہیں دی جاتی۔ دوسرے دن نو بجے صبح کے وقت بلا غذا دئے اشعاع نگاشتیں لی جاتی ہیں اور اشعاع شری کے ساتھ سایہ کی مجاورت کی تعیین بیریم کی غذا کے ذریعہ کر لی جاتی ہے۔ ایک بجے دن کے وقت شیمی غذا لے کر اس کے دو گھنٹے بعد دوسری لاشعاعی تصویر لی جاتی ہے۔ مندرجہ بالا اشرباب سے بعض اوقات متلی قے، جھنجھناہٹ اور قشریرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اس سے بچنے کیلئے اب عموماً اس دوا (۱/۴۴ گرام) کے متعدد چھوٹے چھوٹے کرائین غلافی کیسے بنا کر براہ دہن دئے جاتے ہیں، لیکن اس صورت میں ان کا اسجذاب کم یقینی ہوتا ہے۔

مرارے کے سایہ کی غیر موجودگی مراری قنات کی مسدودی کے باعث یا

اس واقعہ کے سبب سے ہو سکتی ہے کہ مرارہ سنگھائے صفرائے پورا بجھ رہا ہے۔
خفیف سا سایہ خضاب کا ارتکاز نہ ہونے کی وجہ سے ہو سکتا ہے، جو التهاب مرارہ
پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ نظر آئے اور مراری سایہ میں سنگھائے صفرائے
بھی، یا تو کیلیم کے لمحات کی وجہ سے زیادہ گہرے سایہ کے طور پر نظر آئیں، یا کالیرین
کی وجہ سے منفی سایوں کے طور پر، کیونکہ کالیرین ان شعاعوں کے لئے
شفاف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ کا سایہ قرب وجوار کی بالیدوں، کیسیہ وغیرہ
کے سبب سے اپنی جگہ سے ہٹا ہوا یا ملوث ہو۔

اثنا عشری میں ادخال انبوبہ (duodenal intubation) این ہارن
(Einhorn) کے اثنا عشری انبوبہ سے مرارہ کے مرض کی تشخیص کا ایک مفید
طریقہ حاصل ہوتا ہے، اگرچہ اس سے التهاب مرارہ اور سنگھائے صفرائے کی
موجودگی کی تفریق نہ ہوگی۔ فاقہ کس معدے کے اندر ایک انبوبہ داخل کرنے
کے بعد، اور معرہ کو بہ احتیاط آپ عقیم سے دھو کر، مریض بائیں کروٹ پر
لیٹتا ہے، یہاں تک کہ وہ انبوبہ اثنا عشری کے اندر داخل ہو جائے، جو اس
واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبوبہ میں سے امتصاص کرنے پر ایک باریک جھاگہ اور
سبیل حاصل ہو جاتا ہے، جو قدرے صفرائے لود اور لیمس کے لئے تعدیلی یا قلعوی
ہوتا ہے۔ اثنا عشری کو عقیم آپ کشیدہ سے دھو ڈالنے کے بعد اثنا عشری کے
انڈر میکینیم ریفلیٹ کے ۲۵ تا ۵۰ فی صدی محلول کے ۳۰ تا ۳۰ سی سی کا شراب
کر دیا جاتا ہے۔ صفرائے کا بہ کثرت سیلان ہوتا ہے، جسے باہر نکال کر امتحان کر لیا
جاتا ہے۔ کالیرین کی قلموں اور سپید خلیوں کی موجودگی مرارہ کے مرض کی دلا
ہے۔ ممکن ہے کہ کاشت کرنے سے عصیہ تولونی (B coli) کی موجودگی ظاہر ہو،
مگر یہ چنداں مہم نہیں ہوتی، کیونکہ وہ ایسی ہر حالت میں مل سکتا ہے جس میں معدی
رس کا ترشہ بہت کم ہو گیا ہو۔

اس امر کی شہادت موجود ہے کہ شقیقہ (migraine) کی بعض اصابتیں
مرارہ کی غیر طبعی تخی کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں (83)۔ (صفرائی شقیقہ "biliary
- (migraine" =

صفراوی آلہ کے امراض

التهاب مرارہ

(cholecystitis)

التهاب مرارہ کی عام ترین قسم وہ سخت الحاد یا مزمن سرایت ہے جو نبقات سبجیہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو مرارے کی دیوار کی ساخت کے اندر سے علیحدہ کئے گئے ہیں (27)۔ ممکن ہے کہ یہ ایک معمولی خون سرایت ہو۔ لیکن التهاب مرارہ ہمیشہ التهاب غلاف قناتہ صفرا (pericholangitis) کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو اس ام کی دلالت ہے کہ مرارے میں سرایت کا داخلہ جگر سے لمفائی عروق کی راہ سے ہو سکتا ہے۔ التهاب مرارہ عموماً التهاب ائندہ دوویہ (appendicitis) اور ہضمی قرحہ (peptic ulcer) کے ساتھ متلازم ہوا کرتا ہے، اور یہ ممکن ہے کہ سرائت وریدا لباب کی راہ سے جگر میں اور پھر مرارے میں داخل ہو جاتی ہو۔ صفرا، نبقات سبجیہ کی بالیدگی کا امتناع کرتا ہے، یہی وجہ ہے کہ صفرا عموماً سقیم ہوتا ہے۔ التهاب کی ایک ابتدائی شکل جو غالباً اس قسم کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے، نام نہاد اسٹرا بیوری مرارہ (strawberry gall bladder) ہے۔ چھوٹے زردی مائل سپید دانے خملات سے ابھرے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ خرد بین سے یہ دانے کالیسٹین کے جماؤ دکھائی دیتے ہیں جو عشاء مخملی کی سطحی تہ کے نیچے ہوتے ہیں، یعنی مرارے کی کالیسٹوینیت (cholestosis) پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ طبعی حالات میں صفرا میں کی کالیسٹرال (cholesterol) کو مرارہ جذب کر لیتا ہے، اور یہ کہ جب مرارے کی دیوار سرایت زدہ ہو جاتی ہے تو یہ جماؤ پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ان میں سے بعض لدے ہوئے حلیمات مرارے کے اندر چھڑ جاتے ہیں، اور اس طرح ممکن ہے کہ یہ ایسے مرکز بن جائیں جن کے گرد متعدد شہتوت نما سنگریزے بن جاتے ہیں۔ یہ

سنگ ریزے بعض اوقات اس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ اسی واسطے التهابِ مرارہ سنگھائے صفر کا اولی سبب ہے، اور یہ سنگھائے صفر التهابِ مرارہ کی ۶۵ فی صدیِ اصابتوں میں عملیہ کے وقت پائے گئے ہیں۔ بنقی سببی سرایت کے مابعد نسبتاً کچھ دیوارِ مرارہ کی دبازت اور انقباض ہیں، اور گرد و پیش کے حصوں کے ساتھ انضامات بھی ہو جاتے ہیں۔ علاوہ سنگھائے صفر کی موجودگی کے سرایت زدہ مرارہ سے مزمن التهابِ لبلبہ، جگر کی کہبت، اور قلب، عضلہ، مصلات، رِوِاؤل اور گردوں پر بعید سخی اثرات پیدا ہو سکتے ہیں، اور ایک مزمن طور پر التهابِ زردہ مرارہ کے استیصال کے بعد یہ ضررات غائب ہو گئے ہیں (82)۔

حادِ نازلتی یا یقینی التهابِ مرارہ (مرارہ کا دملہ = empyema) ایک تسدوی التهابِ مرارہ ہے جو عموماً معمولی عصیہ قولونی کے باعث ہو جاتا ہے۔ لیکن عصیہ محرقیہ (B. typhosis) اور کبھی کبھی دوسرے عضویہ بھی پائے گئے ہیں۔ یہ مغروز سنگ ریزوں، تپ محرقہ اور دوسرے ساری امراض سے پیدا ہو سکتا ہے۔ نہایت شدید شکلوں میں مرارے کی دیواریں سخت ملتبہ، اُذیمیائی، اور ریم سے درِ سیختہ ہو جاتی ہیں (فلغمونی التهابِ مرارہ = phlegmonous cholecystitis)، اور اس سے بھی زیادہ تشبیہی شکل میں دیواریں سیاہ سبز، نرم، بھڑ بھڑی اور کم و بیش وسیع چکلیوں میں اغشاء پذیر ہو جاتی ہیں (گنگرینیسی التهابِ مرارہ = gangrenous cholecystitis)۔ یہ التهاب بلاشبہ مختلف سمتوں میں پھیل سکتا ہے۔

405

علامات - بنقی سببی مبداء کا تحت الحاد اور مزمن التهابِ مرارہ جو اوپر بیان کیا گیا ہے اس کے علامات اپنے آغاز میں عموماً غیر محسوس ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس واقعہ کی بنا پر کہ التهابِ مرارہ کی اصابتوں کی اکثریت بالآخر سنگھائے صفر میں منتہی ہوتی ہے، انہیں سنگھائے صفر کی ابتدائی علامت سمجھا جاتا ہے۔ یہ علامات یہ ہیں :- سورِ مضم، یعنی متلی، سوزشِ سینہ، اور شریٰ تکلیف اور خاص کر دیکھت - مستمر درد اور دائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے اور دائیں عظم الکف کے خطے میں دبائے سے الیمیت بھی ہوتی ہے۔ سورِ مضم اختراعِ شری

قرحہ سے مشابہ ہو سکتا ہے، مگر غذا کے ساتھ اس کا تعلق اتنا نمایاں نہیں ہوتا۔
گیا رھویں اور بارھویں دائیں پبلیوں اور اسفل ظہری فقرات کو دبانے سے عموماً
ورد ہوتا ہے۔ نیز اوپر جو پیچیدگیاں بیان کی گئی ہیں ان کے متناظر علامات
پیدا ہو سکتی ہیں، یعنی سانس کا پھولنا، قلبی بے قاعدہ گیاں اور ذبحہ صدریہ، نیز
رثیت نما التهاب مفاصل، التهاب لیفی، اور مرض براٹ کے علامات۔

حادئہ صفری التهاب مرارہ کی حالت میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور
اُس کے ساتھ مرارے کے خطے میں موٹاپا یا دوری ورد ہوتا ہے، اور عضلہ
مستقیمہ کے بالائی حصے میں بڑی الیمیت اور استواری محسوس ہوتی ہے۔ مثلی
عدم اشتہا، میلی زبان، تپ، شاید قشریدہ کے ساتھ ہوتے ہیں، اور یرقان
تقریباً ایک تہائی اصابتوں میں۔ بائیں قاعدہ شش پر امارات بالخصوص میتر
ہوتے ہیں، یعنی گمک کی کمی، تکتکات اور پلیورائی رگڑ۔ دایاں ڈایا فرام غیر متحرک
ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد ممکن ہے کہ متمد مرارہ ایک متعین رسولی بنا دے۔ قیمتی
اصابتوں میں سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے۔

تشخیص۔ التهاب مرارہ بلا شکہ صفر کی موجودگی کے مرکز ایک
غیر عام حالت نہیں، اور اُس کی تشخیص اُس وقت کی جاسکتی ہے جب کہ دائیں
ضلعی حاشیہ کے نیچے شدید درد اور الیمیت اور کسی قدر سوہضم موجود ہو، اور جبکہ
بہ احتیاط امتحان سے اثنا عشری قرحہ اور التهاب زائدہ دو دیہ کو خارج از بحث
کر دیا گیا ہو۔ مرارہ نگاری اور مرارہ کی ”طبی“ تسلی جو صفحہ 403 پر بیان کی گئی
ہے، تشخیص میں مفید ہو سکتی ہے۔

انذار خفیہ اصابتیں طبی معالجہ سے شفا یاب ہو جاتی ہیں۔

علاج۔ طبی علاج بالخصوص مرارہ کی تھلی میں سہولت پیدا کرنے
پر مشتمل ہے۔ ہفتہ میں کئی بار طبی تسلی عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ بلکہ میگنیم تسلیت
براہ دہن بھی دیا جاسکتا ہے، مگر یہ اُس قدر کارگر نہیں ہوتا۔ شہمی غذا میں اور
بالخصوص روغن زیتون، آٹا اونس، دن میں کئی بار (84) کبھی منفعیت بخش ہیں۔
جگر اور مرارے کے خطے میں پولیسٹیں اور خلائی اغلیہ لگانے سے التهاب میں تخفیف

ہوسکتی ہے۔ صفرا کی سرایت کا ازالہ سوڈیم سیلی سیٹ، ۰.۲۰ گریں، دن میں تین بار دیکر، یا رات کے وقت ہیکزامین (hexamine) ۰.۲۰ گریں سے شروع کر کے ۰.۶۰ یا ۰.۸ تک بڑھا کر، دے کر کیا جاسکتا ہے۔ ہیکزامین کے ہمراہ کافی قلی، مثلاً ۰.۶۰ گریں پوٹاشیم سائٹریٹ دی جاتی ہے، تاکہ بول قلعوی ہو جائے اور بولی خطے کی خراشیں ہیکزامین سے واقع نہ ہو، [کیونکہ ہیکزامین ترشی محلول کے اندر ٹوٹ کر فارمالین (formalin) بن جاتی ہے] (64) ہیرڈ گیٹ، وشی اور کارلنباؤ کے پانی خاص طور پر ذکر کے قابل ہیں۔ شدید امصا بتوں میں مرارہ بڑی مناسب ہے، اور اگر تھج موجود ہو تو عملیہ کی ضرورت ہے۔

سنگھائے صفرا

(gall stones)

(حصا تیت صفرا = cholelithiasis)

حصوات صفراویہ (biliary calculi) یا سنگھائے صفرا مرارے کے اندر یا نہایت شاذ امصا بتوں میں جگر میں صفراوی فتاتوں کے اندر صفرا سے بنتے ہیں۔ جسامت میں وہ محض ریگ سے لے کر ۲ انچ طول اور ایک انچ عرض کے بیضوی تو دو تک مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ کثرت سے وہ قطر میں لپٹا تا ۱/۲ انچ ناپ کے ہوتے ہیں۔ اکثر وہ شکل میں گم و بیش کعب ہوتے ہیں، اور جب کئی سنگ باہم متماس رہے ہوں تو وہ رُویک پیش کرتے ہیں۔ ورنہ وہ زیادہ گول ہو سکتے ہیں۔ سب سے بڑے سنگ بیضوی الشكل ہوتے ہیں، اور یہ شکل اس وقت پیدا ہوگی کہ وہ مرارہ کے سارے کھف کو پر کرتے ہوں۔ سنگھائے صفرا کے خاص ترکیبی اجزاء کالسیئم، صبغہ صفرا، پروٹین اور کالسیئم کے لمحات ہیں، اور یہ صبغہ صفرا بشیر کالسیئم کے ساتھ باہلی رُویک کالسیئم (bilirubin - calcium) کی شکل میں ممزوج ہوتا ہے۔ وہ سنگ جو خاص کر صبغہ صفرا پر مشتمل ہوتے ہیں، چھوٹے سیاہ اور خستہ ہوتے ہیں۔ دوسروں میں صبغہ صفرا کا ایک نواۃ یا مرکز ہوتا ہے، اور ان کے گرد کالسیئم کی قلموں کی تہیں ہوتی ہیں جو نواۃ سے مشتق ہوتی ہیں۔ یہ سنگ عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ سخت ہوتے ہیں، اور ان کا رنگ نسبتاً شاحب ہوتا ہے۔ نرم سنگ جو

بالخصوص کیلیئم کاربونیٹ پر مشتمل ہوں اُس وقت پائے جاتے ہیں جبکہ صفراوی قناتہ متسد ہو۔ کیلیئم کاربونیٹ کے سخت، سبزی مائل سنگ تانبے پر مشتمل ہوتے ہیں۔

بحث اسباب - نگہائے صفراء سن رسیدگی کی حالت میں زیادہ عام ہوتے ہیں اور مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ قنوی پیشے اور بسیار خوری، بالخصوص کالیکولس شامل رکھنے والی غذائیں اسباب مؤعدہ ہیں اور شاید حمل اور تپ محرقہ بھی۔

امراضیات - یہ رائے پہلے بیان کی گئی ہے کہ نگہائے صفراء کا اولی سبب التهاب مرارہ ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ اگر کوئی مادہ غریب ایک نواتہ کے طور پر عمل کرنے کے لئے موجود ہو تو نگہائے صفراء بن جاتے ہیں خواہ صفراء عقیم ہی کیوں نہ ہو۔ یہ انی صدی لاشوں کے امتحان میں پائے گئے ہیں اور ممکن ہے کہ پوشیدہ رہیں (81) ، اگرچہ ان کی موجودگی التهاب مرارہ میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔ بہر کیف ممکن ہے کہ التهاب کی وجہ سے مرارے میں خراش ہو کر ایک یا زیادہ سنگ اُس کے کہف سے باہر نکل آئیں یا مراری قنات میں مغروز ہو جائیں۔ اس کا فوری اثر قنات کا نہایت درد انگیز شنج (قولنج صفراوی = biliary colic) ہوتا ہے جس کے ساتھ یرقان نہیں ہوتا ہے۔ انغراز کی حالت میں صفراء مرارے کے اندر نہیں داخل ہو سکتا، اور مرارہ محت یا مغاطی ریم یا ریم سے پر ہو کر متسد ہو جاتا ہے۔ اگر سنگ مراری قنات میں سے گزر جائے تو وہ مشترک قنات میں داخل ہو جاتا ہے اور یہاں بھی قولنج صفراوی پیدا کر دیتا ہے، لیکن اس قولنج کے ساتھ سریع الزوال یرقان موجود ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ سنگ کی موجودگی کے باعث جگر سے صفراء کے بہاؤ میں رکاوٹ پیش آتی ہے۔ اگر سنگ قنات کے اندر مغروز ہو تو تسدی یرقان (obstructive jaundice) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ انغراز عام طور پر انتفخ و ایٹر (ampulla of Vater) میں واقع ہوتا ہے، جہاں قنات کا قطر سب سے زیادہ کم ہوتا ہے۔ یہ مسلسل تعدد مندرجہ ذیل اثرات رکھتا ہے۔

(الف) جگر اپنی قناتوں کے اتساع کے باعث جو صفرائے متمدن ہو جاتی ہیں پہلے بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات قناتیں کچھ کیوں طور پر تسخیر ہوتی ہیں اور دوسرے اوقات میں زیادہ بے قاعدگی کے ساتھ تسخیر ہو کر گٹھن کی ڈوریں بنا دیتی ہیں۔ وہ جگر کی بافت پر کیتھرائٹس اور ڈاکٹر اسے مذبول کر دیتی ہیں، چنانچہ بالآخر جگر نسبتاً چھوٹا اور کیتھرائٹس پھیلا ہو جاتا ہے۔ یقینی التهاب قنات ہائے صفر واقع ہو سکتا ہے۔

(ب) توقع ہو سکتی ہے کہ انغرازنگ کا اثر مرارے پر یہ ہو کہ وہ متمدن ہو جائے۔ مگر عموماً ایسا نہیں ہوتا تاہم قناتیکہ مرارے میں بھی ہنرماں طور پر حاد التهاب موجود نہ ہو، کیونکہ مزمن التهاب تو مرارے کی کیفیت پیدا کر کے اسے سکڑا دیتا ہے۔

(ج) جب ننگ صفر انتفاخ و ایلیر میں مضبوطی کے ساتھ مثبت ہو جاتا ہے تو بنقر اسی قنات جو یہاں کھلتی ہے، اس کے تعلقات اہمیت رکھتے ہیں، اس کی وجہ یہ ہے کہ وہ بھی غالباً تسخیر ہو جائے گی اور بنقر اسی رس کا احتساب ہو جائے گا۔ خرد عضویہ قنات صفر کی دیواروں میں سے باسانی گذر کر بنقر اس میں پہنچ جائیں گے اور مجھوس افزات کے ساتھ حاد یا مزمن التهاب بنقر اس پیدا کر دیں گے (جو ملاحظہ ہو)۔

ننگ صفر کا مرارے کی دیوار کو متفرج کر کے براہ راست اثنا عشری یا قولون متعرض کے اندر چلا جانا چنداں غیر عام حادثہ نہیں۔ عموماً وہ ایک بڑا ننگ صفر ہی ہوتا ہے، جو قطر میں ایک انچ یا زائد کا ہوتا ہے، اور اگر یہ اثنا عشری کے اندر داخل ہو جائے تو ممکن ہے کہ لفافہ کی زیریں حصے میں مغز ہو جائے، یا اگر یہ قولون کے اندر داخل ہو تو قولون سیگموئید (sigmoid) یا مبرز کے قریب تسخیر کی وجہ سے کم و بیش درد اور وقت پیدا ہونے کے بعد براہ مبرز خارج ہو جائے۔ شاید صورتوں میں ایک بڑا ننگ تھے سے بھی خارج ہو ہے۔

مرارے کے اندر سنگھائے صفر کی موجودگی اور استقرار کا ایک دوسرا نتیجہ مرارے یا صفرای قناتوں کا سرطان ہے، اور یہ حصہ صفر کی تقریباً

۵ فی صدی اصابتوں میں پایا گیا ہے۔ تجربتہ یہ دکھلایا گیا ہے کہ اگر گینٹی پاپ کے مرارے میں سنگھائے صفراء اور دوسرے اجسام غریبہ داخل کئے جائیں تو فرجن ایش پیدا ہو کر سرطان پیدا ہو جاتا ہے (85)۔

علامات - یہ ممکن ہے کہ سنگھائے صفراء سالہا سال تک مرارے کے اندر رہیں اور کوئی علامات نہ پیدا کریں۔ لیکن دوسری اصابتوں میں علامات تحت المحاد اور مزمن التهاب مرارہ کے ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ ساتھ جو التهاب مرارہ ہوتا ہے اس کے پیدا کردہ سوء ہضم کو عموماً سنگ صفراء کا سوء ہضم (gall stone dyspepsia) کہتے ہیں۔ بعض اوقات سنگھائے صفراء دیوار شکم

407

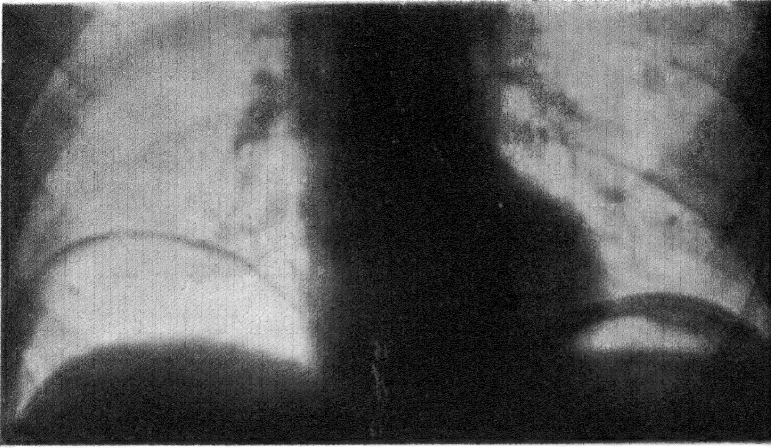
میں سے محسوس کئے جاسکتے ہیں اور انہیں ہاتھ لگانے سے چٹخنے کا احساس ہوتا ہے۔ تو لچ صفراوی کے حملہ میں مریض کو اکثر ناگہانی طور پر دائیں مرق اور سینہ کے زیریں حصے میں یا شرا سیف اور زیریں قصبے میں سخت درد محسوس ہونے لگتا ہے، اور یہ عموماً دائیں شانے تک تشعع ہوتا ہے۔ یہ درد اکثر اس قدر شدید ہوتا ہے کہ مریض اکثر دوہرا ہو جاتا ہے، یا فرش یا بستر پر بیچ و تاب کھائے لگتا ہے، ممکن ہے کہ قشریہ ہو، اور مریض کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے، وہ مہسوط ہوتا ہے اور ساتھ ہی بکثرت پسینہ آ کر نبض ضعیف اور عموماً سرخ ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد درد ورمیخا اور ستم ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ ایک زیادہ حاد قسم کا تازہ حملہ ہو۔ یا درد جاری رہتا ہے اور اس کے آغاز کے چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن بعد پیشاب میں صنفہ صفراء نمودار ہوتا ہے اور مریض یرقانی ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا خاتمہ اس طرح ہو کہ سنگ اثناعشری کے اندر چلا جائے اور ایسی صورت میں صفراء کا سیلان پھر آزادی کے ساتھ ہونے لگتا ہے، درد رفع ہو جاتا ہے اور یرقان بھی زیادہ تدریجی طور پر صاف ہو جاتا ہے۔ جب ایسا ہو تو سنگ صفراء کو برا میں تلاش کرنا چاہیے، جو اس وقت ملتا ہے جب کہ براز کو پانی میں دھو کر اس دھوون کو ایک چھلنی میں چھانا جائے۔ جب سنگ مشترک قنات میں مغروز ہو جائے تو علامات اختلاف پذیر ہوتے ہیں، لیکن سب سے زیادہ مثیلی علامت ”چارکاٹ“ متوالی تولج قشریہ رات یرقان اور نقصان وزن ہے۔ چونکہ سنگھائے صفراء کے ساتھ

بالعموم التهاب مرارہ (ملاحظہ ہو) متلازم ہوتا ہے لہذا اس کے متناظر علامات بھی موجود ہوتے۔
تشخیص۔ تولنج صفراوی کا درد معدہ، معوی تولنج، کلوی تولنج وغیرہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔ لیکن سنگھائے صفراء کے گذر کے ساتھ درد ہمیشہ نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس علامت کی غیر موجودگی کے سبب سے اُن اصابتوں کے سمجھنے میں غلط فہمی ہو جائے جن میں انغراز کے ساتھ یرقان ہوتا ہے۔ مشترک قنات کے تسد سے پیدا شدہ یرقان کی اصابتوں میں اگر مرارہ محسوس نہ کیا جاسکے تو تسد و سنگھائے صفراء کے باعث ہے۔ اگر ایک ڈیلا موجود ہو تو تسد دغالباً کسی دوسرے سبب سے ہے، جو عموماً ایک بالید ہوتی ہے (قانون کوروازیئر = Courvoisier's law)۔
 مزاولت میں یہ تقریباً ۹۰ فی صدی اصابتوں میں صحیح ہوتا ہے۔ سنگھائے صفراء لاشعاعوں کے سد راہ ہونے میں اور اس طرح اپنے سایہ سے اپنی موجودگی ظاہر کرنے میں بڑی حد تک اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ خالص کالیسٹیرین کے سنگھائے صفراء لاشعاعوں کے لئے شفاف ہوتے ہیں اور ایک منفی سایہ پیدا کرتے ہیں یعنی مرارہ نگاشت میں ایک صاف رقبہ (صفحہ ۳۲ ج)۔ بالی رومین اور کیلیم کے لمحات موجود ہوتے ہیں تو وہ لاشعاعوں کے گذر میں سد راہ ہوتے ہیں (صفحہ ۳۱)۔ ایک نہایت متمیز منظر گول عمتت ہے، جس کا مرکز غیر شفاف ہوتا ہے اور اس مرکز کو ایک صاف تر ترہ محصور کرتی ہے۔ اثنا عشری میں انبوہ کے داخل (duodenal intubation) سے کام لینا چاہئے۔

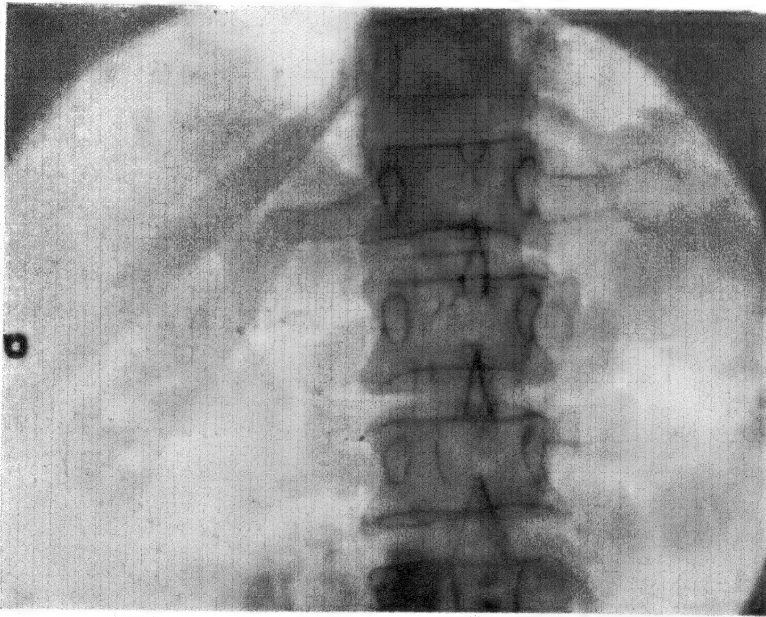
انذار۔ تولنج کے پہلے حملے میں انذار کا نا موافق ہونا ضروری نہیں بہت اشخاص متعدد حملوں کے بعد شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ لیکن سرطان ہو جانے کے امکان کو فراموش نہ کرنا چاہئے۔

علاج۔ التهاب مرارہ کا علاج ملاحظہ کرنا چاہئے۔

تولنج صفراوی کے حملہ کے لئے مریض کو گرم مغل میں رکھنا چاہئے، یا گرم کمبیدات اور پولنسیں دائیں جانب پر لگانی چاہئیں۔ سب سے زیادہ آرام مارفیا کے $\frac{1}{4}$ یا $\frac{1}{2}$ گرین کے تحت الجلد اشراب سے حاصل ہوگا جسے ضرورت ہو تو تین یا چار گھنٹوں میں مکرر دینا چاہئے۔ بعض اوقات کلوروفارم کے استنشاق سے ماضی



الف۔ شعاع نگاشت امتصائی وضع میں تاکہ مشقوبہ بھی ترصہ کی اصابت میں جگر اور وائس ڈایا فرام کے درمیان گیسس کی موجودگی لکھائی جائے۔ (لیوس ہم کے شفا خانہ میں لی گئی۔ میڈیکل سپرنٹنڈنٹ ڈاکٹر بیج۔ تاکولڈس)



ب۔ مرادہ نگاری۔ کولہ رال کے سنگوں کے قریب "منفی" سایے۔ (شعاع نگاشت مسٹر لڈ سے لاکہ لے لی ہے)

آرام ہو سکتا ہے۔ پیپا ویرین ہائڈروکلورائیڈ (papaverine hydrochloride) رلٹ ٹائلم اگرین) بھی براہ دہن آزمائی جائے۔

جب سنگھائے صفراء مسلسل تکلیف کا باعث ہوں، یا جب پیچیدگیوں کا خطرہ ہو تو مراحہ برآری (cholecystectomy) کا عمل کر کے سنگ یا سنگھائے صفراء کو مراحے یا قناتوں سے نکال لینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ مراحے کا استیصال کروینا مناسب ہو۔

تقیحی التهاب قنات ہا صفراء

(suppurative cholangitis)

یہ ہمیشہ خرد حصویوں، مثلاً نبتات سجمیہ، نبتات عصبیہ، نبتات رُویہ، عصبہ محرقہ، اور عصبیہ قولونی معمولی کی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ اور متاقی مرض جیسے کہ سنگھائے صفراء سے (جو اس کا عام ترین سبب ہے)، سرطان سے، کیستی دویرے کے قناتوں کے اندر پھٹ جانے سے، یا انفلوئنزا، ذات الریہ، تب محرقہ اور ہیضہ کی زیادہ عمومی سراپتوں سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سارے جگر کی صفراوی قناتوں کا ورم اور بازت پیدا ہو جاتی ہے اور جگر بڑا ہو جاتا ہے۔ یہ قناتیں تسع ہو جاتی ہیں، تیج کے کثیر التعداد مرکز پیدا ہو جاتے ہیں جو چھوٹے یا بڑے پھوڑے بنا دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ التهاب بنقر اسی قنات تک پھیلے تقیحی التهاب بنقر انس پیدا کر دے یا سطح کے قریب کے پھوڑے مقامی یا عمومی التهاب باریطون پیدا کر دیں۔ کبھی کبھی مہرینہ ایسی پھیلتی ہے کہ عمومی تیج الدم یا ساری التهاب دروں قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر دیتی ہے۔

408

علامات یہ ہوتے ہیں:۔ جگر پر درد اور الیمیت، عدم اشتہا، متلی تھ، قشریہ، تب، جو میر یا کی طرح وقفہ دار ہو سکتی ہے، انہطاح، اور اکثر یرقان۔ اس حالت کو بعض اوقات متوقف کبدی تب کہتے ہیں۔ عموماً مرض ترقی کے ساتھ جگر کی جامت بڑھ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ طحال بڑھ جائے۔ مرض کی مدت چند ہفتوں سے لے کر کئی ماہ تک ہوتی ہے، اور یہ مرض مہلک ہوتا ہے۔

تشخیص - ملاحظہ ہو یقینی التهاب و رید الباب -
 علاج - یہ صرف جراحی ہو سکتا ہے - جہاں ممکن ہو مرارے کو کھول کر یا
 جوقنا میں مل سکیں ان کو کھول کر قنات ہائے صفرا کی تسہیل کرنی چاہئے۔

بنقراس کا امتحان

بنقراس میں دو مختلف طرز کے افرازی غلیات ہوتے ہیں :- (۱)
 عُنْدِی خَلِیَے جو بنقراسی رس کا افراز کرتے ہیں اور (۲) جِزائِی لَنگِرْہائِش
 کے خَلِیَے جو ایک ہارمون کا افراز کرتے ہیں جو کاربوہائیڈریٹ کے تحول کے لئے
 ضروری ہوتا ہے۔ یہ دونوں اقسام الگ الگ جنتائے مرض ہو سکتے ہیں۔
 تازہ مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ تندرست ہضم کے دوران میں صفرا
 اور بنقراسی رس کے درمیان حسب ذیل تعلق ہے :- غذائی اسکون کے زمانہ
 کے دوران میں جگر مسلسل صفرا کا افسراز کرتا ہے جو مرارے کے اندر مذخور کر لیا
 جاتا ہے۔ کھانے کے بعد معدے کے بوابی عضلہ عاصرہ سے انقباض کی امواج
 دوویہ نیچے آنت کے طرف جاتی ہیں۔ انقباض کی ہر موج سے پہلے ایک منفی
 موج ارتخار (negative wave of relaxation) واقع ہوتی ہے، چنانچہ
 اوڈی (Oddi) کے مرخمی عضلہ عاصرہ کی راہ سے کچھ صفرا خارج ہو جاتا ہے۔
 صفرا معدے سے آئے ہوئے مافیہ کے ساتھ مخلوط ہو جاتا ہے اور وہ اس
 ایک ایسا کافی تعامل دے دیتے ہیں کہ معائی غشائے مخاطی میں سے لمحات صفرا کا
 استخرا ب یقینی ہو جاتا ہے۔ یہ لمحات صفرا غلیات میں سے ہو کر گزرنے میں
 اُن کے اندر کی سابق التکوین سیکریٹین (secretin) کو جذب کر کے بانی خون
 کے اندر چلے جاتے ہیں۔ یہ سیکریٹین بلبہ سے افراز پیدا کرتی ہے اور آزاد
 شدہ صفراوی ملح جگر میں منتقل ہو جاتا ہے جس سے صفرا کی ایک مزید مقدار کا
 افراز پیدا ہوتا ہے۔ سیکریٹین مزید برآں مرارے کو ایک دیر یا انقباض کی
 حالت میں لے آتی ہے، لہذا اثنا عشری میں اور زیادہ صفرا داخل ہوتا ہے۔

سکریٹین کا پیدا کردہ بنقراسی افراز صحیح pH کا سوڈیم بائی کاربونیٹ کا ایک مرقق محلول ہوتا ہے، جو سابق الاستکون خمیروں کو دھو ڈالتا ہے۔ خمیروں کی بدائش کے لئے مختلف ہیجان کی ضرورت ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے اندر ٹریپسین کی فعال شدگی اینٹیروکائینس (enterokinase)، سپید خلیوں جراثیم وغیرہ سے ہوتی ہے (86)۔

بنقراس کے وظیفی کاشفات

بنقراس کے بیشتر وظیفی کاشفات کے ذریعہ یہ دریافت کیا جاتا ہے کہ آیا (۲) غنیمی خلیات سے خارج ہونے والے بیرونی افراز کی قلت ہے یا (ج) جزائر سے نکلنے والے اندرونی افراز کی قلت ہے۔ تاہم لیوی کا موسع حلقہ کا شغہ (Loewi's mydriatic test) (جو صرف چند اصابتوں میں مثبت ہوتا ہے) اور جھونکی گاٹر کی بعض اصابتوں میں بھی مثبت ہوتا ہے) بنقراس اور مشار کی نظام کے کسی باہمی وظیفی تعلق پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا حدقات چشم مساوی ہیں اور معمولی تعامل کرتی ہیں، آنکھوں کا امتحان کیا جاتا ہے۔ ایک آنکھ کے اندر ایڈرینین (adrenin) (۱۰۰ میں ۱) کا محلول ٹپکا کر اس آنکھ کو بند کر دیا جاتا ہے۔ یہ پانچ منٹ کے اندر دوبار مکرر کیا جاتا ہے۔ ایک گھنٹے تک آنکھوں سے کام نہیں لیا جاتا۔ اگر اس عرصہ میں ایڈرینین یافتہ آنکھ کی پتلی دوسری آنکھ (جس سے معیار کے طور پر کام لیا جاتا ہے) کی پتلی کی بہ نسبت بڑی ہو گئی ہے تو یہ امتحان مثبت ہے اور بنقراسی مرض ظاہر کرتا ہے۔

بیرونی افراز کی قلت - شحم برازی (steatorrhœa) کو اب تک بنقراسی مرض کی ایک تمیز ترین امارت سمجھا جاتا ہے اور وہ یہ ہے۔ براز کے اندر مایع شحم خارج ہوتی ہے، جو سرد ہونے پر منجد ہو کر سپید یا زرد وٹھیلے بنا دیتی ہے۔ پاخانے مقدار میں زیادہ، نرم یا شاحب ہوتے ہیں۔ اور ان میں غیر تبدیل شدہ چربی کے علاوہ شحمی ترشے اور صابن موجود ہو سکتے ہیں۔ جہاں خالی آنکھ سے پاخانے صریحاً تبدیل شدہ نظر نہ آئیں ممکن ہے کہ خردبین سے ان میں کثیر التعداد شحمی گلوبچے

اور شحمی ترشوں کی قلیس نظر آئیں۔ کیمیائی طور پر شحم برازی کے درجہ کی تخمین کرنے کے لئے نہ صرف براز کے اندر کی چربی کا معلوم کرنا بلکہ غذا میں لی ہوئی چربی کا دریافت کرنا بھی اہم اور ضروری ہے۔ شدید اصابتوں میں ۵ تا ۶ فی صدی شحمی درآمد برازیں ضائع ہو جاتی ہے۔ طبعی شحمی نقصان صرف تقریباً ۱ فی صدی ہوتا ہے۔ اور شحم خشک کردہ براز کا $\frac{1}{10}$ سے زیادہ حصہ نہیں ہوتی، اور اس میں سے $\frac{1}{10}$ سے زیادہ حصہ کلسترین اور شحمی ترشہ میں مشقوق نہیں ہوتی۔

اس امر میں کہ شحم برازی عموماً بنقراسی الاصل ہوتی ہے شبہ کرنے کیلئے دو وجوہ ہیں :- (۱) وہ نہایت عام طور پر اس وقت ناقص انجذاب سے پیدا ہو جاتی ہے جب کہ شکمی تدزین یا بالید سے لبنیات تند ہو گئے ہوں۔ ان اصابتوں میں پاخانے میں کی چربی بڑی حد تک مشقوق ہوتی ہے۔ (۲) اس امر کی شہادت پیش ہو رہی ہے کہ انجذاب شحم کے لئے بنقراسی رس اتنا اہم عامل نہیں کہ جتنا ملاء میں صفرا کی موجودگی۔ فی الحقیقت بنقراسی قناتوں کی تجربی بندش یا استیصال سے اس انجذاب پر اثر پڑنا نہیں معلوم ہوتا (74)۔ پیدا شدہ شحم برازی بھی بیان کی گئی ہے، اور اسہال، شکمی مرض (coeliac disease) اور مسمدی قولونی ناسور میں پاخانے میں چربی زیادہ ہو جاتی ہے، اور پاخانے بڑی جسامت کے ہوتے ہیں۔

لحم برازی (creatorrhoea) ٹریپ سین (trypsin) کی غیر موجودگی کے سبب سے ہوتی ہے۔ غیر منہضمہ معطل عضلہ کے کثیر التعداد ریشے جو غذا میں کھائے ہوئے گوشت سے حاصل ہوتے ہیں، خردوبین سے پاخانے کے اندر دیکھنے میں آتے ہیں۔ دافرا اسہال میں بھی لحم برازی ہو جاتی ہے، چنانچہ اس منالطہ کو رفع کرنے کے لئے لحمی غذا کے ساتھ چار کول یعنی کوئلہ لیا جاتا ہے، اور سیاہ پاخانے کا امتحان صرف اسی صورت میں کیا جاتا ہے جب کہ وہ ادخال غذا کے بعد اٹھارہ تا بیس گھنٹوں کے درمیان خارج ہو (87)۔

بول میں ڈیاسٹیس (diastase)۔ یہ امتحان چوبیس گھنٹے کے بول کے نمونہ پر کیا جاتا ہے۔ صحیح نتائج حاصل کرنے کے لئے سب سے پہلے یہ ضروری

ہے کہ بول کی تعمیر $\frac{N}{10}$ سو ڈیٹیم ہاڈریٹ یا ہاڈروکلورک ایسڈ کے ساتھ کریں، یہاں تک کہ ترشگی درجہ انساب کی ہو جائے، یعنی بول کا pH ۶.۷ ہو۔ یہ حالت اس وقت ہوتی ہے جب کہ بول میں فینال ریڈ (phenol red) کو بطور ایک منظرار کے ملانے سے ایک ضیف سی گلابی جھلک پیدا ہو جاتی ہے (92)۔ اس بول کے ۶.۷، ۷.۰، ۷.۳، ۷.۶، ۷.۹، ۸.۲، اور ۸.۵ سی سی چار نمکیوں میں رکھ کر ان میں طبعی مالچ (۹۰ فی صدی) ملا کر ہر ایک کو ایک سی سی کر دیا جاتا ہے۔ بول کو طبعی مالچ سے دس گنا مرقق کر کے پھر یہی طریقہ اختیار کیا جاتا ہے، اور آٹھ نمکیوں میں ایسی طاقتوں کا بول ہو جاتا ہے جو ۶.۷، ۷.۰، ۷.۳، ۷.۶، ۷.۹، ۸.۲، اور ۸.۵ سی سی سے متناظر ہوتی ہیں۔ پھر ہر نمکی میں ۱۰۰ فی صدی حل پذیر نشاستہ کے ۲ سی سی ملا دئے جاتے ہیں۔ پھر ان نمکیوں کو نصف گھنٹے کے لئے ۳۹ درجہ سینٹی گریڈ پر مختض کر لیا جاتا ہے۔ پھر اٹھانے کے بعد ان نمکیوں میں سلسلہ دار ۱.۰ ر. طاقت والے بول کی نمکی سے شروع کر کے $\frac{N}{50}$ آیوڈین قطرہ قطرہ کر کے ملا دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ ان میں رنگ کا تغیر موقوف ہو جائے۔ ایسی سب سے پہلی نمکی کہ جس میں نیلارنگ نہیں نمودار ہوتا، بول کے اندر ڈایا سیس کی مقدار ظاہر کرتی ہے، جو ۲ کو اس نمکی کی طاقت ہے تقسیم کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ مثلاً اگر ۷.۳ نمکی میں نیلارنگ نہ پایا جائے تو ڈایا سیس کی مقدار ۳۳ اکائیاں ہوگی۔ ڈایا سیس کی طبعی مقدار ۱.۰ اور ۷.۳ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بنقراسی مرض میں بول کے اندر ڈایا سیس کی مقدار (یعنی ڈایا سیس کا نمائندہ) زیادہ ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا تعلق دراصل بنقراس کے اندرونی افراز سے ہو۔ کیج (Cambridge) یقین کرتا ہے کہ اس افراز کی قلت، کبدی ڈایا سیس کو خون کے اندر ہار کے بول میں اس کی مقدار کی زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔

اندرونی افراز کی قلت - نمایاں اصابت میں یہ شکر بولیت پیدا کر دیتی ہے، اور نسبتہ کم نمایاں اصابتوں میں ممکن ہے کہ تحلیل منتسکوں میں کمی ہو جائے۔ اس کے جانچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو ڈیکسٹروس کی ایک متنازعہ کر دہی شکر کی زیادتی کو دیکھا جائے، نیز یہ بھی کہ بول میں کوئی شکر خارج ہوئی ہو

یا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 463)۔ کیج، فارسیٹھ (Forsyth) اور ہاؤڈ (Howard) کی تازہ تحقیقات نہایت بڑی نظری دلچسپی رکھتی ہے، اور ممکن ہے کہ اُس سے بنقراس کے اندرونی افراز کی قلت کو اُس کے ابتدائی مدارج میں دریافت کرنے کے قسمیتی ذرائع حاصل ہو جائیں۔ اُن کا خیال ہے کہ مگر میں ایک نشا پاشش خمیر موجود ہوتا ہے جو گلاکھو جن کو توڑتا ہے اور ڈیکسٹریں (dextrin) جیسے اجسام کے ایک درجہ میں سے گذارتا ہوا ڈیکسٹروس بنادیتا ہے۔ طبعی حالت میں بنقراس کا اندرونی افراز اس خمیر کی فعالیت کو روک رکھتا ہے۔ اگر بنقراس کا اندرونی افراز کم ہے تو سب سے پہلے یہ ہوتا ہے کہ خون اور بول میں (کہ جس میں یہ ڈیکسٹرز خارج ہوتے ہیں) ان ڈیکسٹریں کی زیادتی ہو جاتی ہے، لیکن دوسری شکر تقریباً اپنے طبعی لیول پر رہتی ہے۔ اس کے ایک نسبتہ بعد کے درجے میں یہ ڈیکسٹریں پورے طور پر ٹوٹ کر ڈیکسٹروس بن جاتے ہیں، چنانچہ اب بیش شکر دمویت اور شکر بولیت پیدا ہو جاتی ہے، اور خون اور بول میں سے ڈیکسٹریں غائب ہو جاتے ہیں۔ یہی آخری حالت ذیابیطس شکری میں پائی جاتی ہے۔ خون کے اندر ڈیکسٹریں کی مقدار کی پیمائش کرنے کے لئے ہائڈروکلورک ایسڈ کے ذریعہ اُن کی آب پاشیدگی عمل میں لائی گئی جس سے وہ ڈیکسٹروس میں متغیر ہو گئے۔ پھر مجموعی ڈیکسٹروس کی تخمینہ کی گئی۔ اس مقدار میں اور ڈیکسٹروس کی اُس مقدار میں کہ جو ابتدائی خون کے اندر آب پاشیدگی سے پہلے موجود تھی، جو قدر فرق ہے، اس سے ڈیکسٹروس کی وہ مقدار حاصل ہوتی ہے جو ڈیکسٹریں کی وجہ سے تھا۔ بول کے لئے بھی یہی طریقہ استعمال کیا جاسکتا ہے، یا وہ راست طریقہ کام میں لایا جاسکتا ہے جس میں آئیوڈین استعمال کرنی پڑتی ہے۔ یہ تخمینہ اصلی تعامل کیج کی بجائے ہیں، جو کہ غیر معتبر ہے۔

امراض بنقراس

حاد التهاب بنقراس

(acute pancreatitis)

امراضیات - تجربی اور سریری مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ حاد التهاب بنقراس، اصابتوں کی اکثریت میں اولاً جراثیمی سرایت کے باعث ہوتا ہے، جو ٹریپسینوجن (trypsinogen) کو ٹریپسین (trypsin) میں متغیر کر کے بنقراسی رس کو فعال بنا دیتی ہے۔ مرضی غدے کے حمیزہ مناظر، فعال بنقراسی رس سے اس کے ہضم ہو جانے کے باعث ہوتے ہیں۔ فریبی سے حاد التهاب بنقراس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ حملے بار بار ہو کر بالآخر ایک آخری حادثہ میں منتہی ہو سکتے ہیں۔ یہ التهاب عموماً سنگھماے صفرا یا التهاب مرارہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ لیکن حاد التهاب بنقراس میں سنگ صفرا کا انتفاخ و آئیر میں مغزو پایا جانا بہت عام ہے اور جب یہ حالت انغراز ہوتی ہے تو سنگ غالباً اتنا کافی بڑا ہوتا ہے کہ قنات ورسنگ (Wirsung's duct) کے مخرج کو مسدود کرتا اور صفرا کو اوپر بنقراس کے اندر جانے سے روک دیتا ہے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ چھوٹے سنگ انتفاخ کے مقام پر مغزو ہو کر بنقراسی قنات میں وقفہ وار رکھو پیدا کر دیں، اور مست لازم سرایت جو صفراوی قناتوں سے پھیلتی ہے حملہ کو شروع کر دیتی ہے۔ قونج صفراوی کے متواتر خفیف حملوں کی روئداد کا حاصل ہونا بالکل عام ہے، جو اس مفروضہ کے ساتھ مطابقت کرتا ہے۔ حاد التهاب بنقراس سرایت کے دوسرے متصلہ مرکروں سے شروع ہو سکتا ہے، جیسے کہ اثنا عشری قرحہ اور التهاب قنات ہائے صفراء سے، اور بعض اوقات وہ ایسے ساری امراض جیسے کہ تپ محرقہ، تقيج الدم اور عفونت الدم، نیز نکاف (mumps) میں واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس اور غدہ ریقیہ کی باہمی مشابہت ساخت کی وجہ سے آخر الذکر حالت دلچسپی سے

خالی نہیں۔

حاد نفزی التهاب بنقراس (acute hæmorrhagic pancreatitis)

میں بنقراس متورم اور خستہ ہو جاتا ہے اور اس میں سرخ یا بھورے سے لے کر سیاہ تک متغیض ہوتا ہے، اور ساتھ ہی سطح پر اور زخنی یافت میں نزفات ہوتے ہیں۔ مگر ہرگز خون بذریعہ وعاء بدری متصلہ ساختوں میں چلا جائے، یا کہفہ باریطونی کے اندر خون آلود سیال موجود ہو۔ خروین سے بنقراس کی سختی یافت نخزی پائی جاتی ہے، اور اس کے ساتھ عموماً التهاب بھی ہوتا ہے، جیسا کہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی دریرش سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ غالباً بنقراسی رس سے انہضام ہونے کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ تنہی تنہی ہمیشہ ایک نمایاں منظر ہوتا ہے۔ بنقراس میں اور متصلہ تحت الباریطونی شحم میں بعض اوقات گردکلی و واسطی اور گرد قلبی شحم میں بلکہ تحت الجلدی شحم تک میں ماندزویا غیر شفاف سپید رنگ کے چھوٹے چھوٹے تودے ہوتے ہیں، جو متصلہ تدرست چربی سے واضح طور پر متفرق، اور بعض اوقات ایک تنگ زنی منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ خارج شدہ بنقراسی انراز کے شحم پاشش خمیر (لائپس = lipase) کے اس عمل سے پیدا ہو جاتے ہیں جو وہ چربی پر کرتا ہے۔ رہا شدہ شحمی ترشے کیلیم کے اس کے ساتھ شریک ہو جاتے ہیں اور کلیمین جذب ہو جاتی ہے۔

ایک نسبتہ بعد کے درجے میں، یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہے تو تقریبی التهاب بنقراس (suppurative pancreatitis) واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس 'سرا' متورم اور پیپ سے درخستہ ہوتا ہے۔ یا اس میں جُدا جُدا پھوڑے موجود ہوتے ہیں۔ مگر ہرگز ایک آدھ پھوڑا کہفہ باریطونی کے اندر یا اس سے باہر نہ کے اندر پھوڑا پڑے، بانی اور طحالی اور وہ کی علقیت اور سرایت بھی وہاں ہو سکتی ہے اور ساتھ ہی جگر میں سروجی پھوڑا بھی ہو سکتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں معمولی عصبیہ قولونی اور ریم سار عصبیہ پائے جاتے ہیں۔ دونوں شکلوں میں ممکن ہے کہ سادہ التهاب باریطون سے بالآخر ہلاکت واقع ہو جائے۔

علامات۔ جب التهاب بنقراس نکاف کے دوران میں واقع ہوتا ہے تو

تھے اور شراسیفی درد کے ساتھ شراسیفی خطے میں درم اور الیمیت موجود ہوتی ہے۔ نسبت زیادہ شدید نرفی التهاب بنقراس کی خصوصیت شکم کے بالائی حصے میں شدید بلکہ جاں گداز درد ہے، جو پھیل کر پشت تک پہنچتا ہے، وہ شقوب ہضمی قرعہ کے درد کے نسبت زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے اور اکثر باریا سے رفع نہیں ہوتا۔ تاہم استواری عموماً زیادہ نہیں ہوتی، کیونکہ سیال کی دافع عفونت نوعیت کے باعث عموماً عمومی التهاب باریطون نہیں ہوتا۔ شاید پروٹین پاش اشیا کے انجذاب کی وجہ سے صدر جس کے ساتھ زراق ہوتا ہے، جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے۔ اکثر بظاہر تندرستی کی حالت کے دوران میں علامات بالکل یکایک پیدا ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات چند گھنٹوں کے بعد شکم کے بالائی حصے میں ایک محدود المقام الیم درم نمودار ہو جاتا ہے، لیکن تشخیص کے مشکلات ایسے ہیں کہ اکثر غلطی سے اس حالت کو عمومی تسدو (intestinal obstruction) سمجھ کر اس کے ازالہ کی غرض سے شکم چاک کر دیا گیا ہے۔ یہ اماتیں عموماً چار یا پانچ دنوں کے اندر مہلک ثابت ہوتی ہیں، لیکن بعض ایسی بھی ہیں جو شکم شکافی کے بعد شفا یاب ہو گئیں۔ تقیعی التهاب بنقراس کے علامات بھی اس کے مماثل لیکن نسبت کم نمایاں اور کم حاد ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مرضی حالت کئی مہینوں تک جاری رہے۔ سلعہ صرف مریضوں کی ایک چوتھائی میں محسوس ہوتا ہے، اور یہ تاجہ باریطونی صغیر میں سیال کے اجتماع کے باعث ہوتا ہے۔ اکثر ایسے علامات کا اندراج نہیں ہوا ہے جو بنقراسی ٹیفون کے فٹل سے منسوب کی جاسکیں، لیکن اس کی وجہ شاید یہ ہو کہ ان کی تلاش ہی نہیں کی گئی۔ شکر بولیت اور بولی ڈایاٹیس کی زیادتی سے تشخیص میں قیمتی امداد ملے گی۔ بعض اوقات یرقان موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر علامات ضروری التوجہ ہوں تو شکم شکافی کا عملیہ فوراً انجام دینا چاہیے۔ ممکن ہے کہ دریافت شدہ حالت مقامی تدابیر کی مستحاضی ہو۔ مثلاً ایک نرفی ضرر کی حالت میں بنقراس میں شکاف دے کر، اور نرف کو بندش کے ذریعہ روک کر تسکین قائم کر دی گئی۔ تقیعی التهاب بنقراس کی حالت میں پھوٹے میں شکاف دینا اور تسکین کرنا قطعاً ضروری امور ہیں۔ عملیہ کوئی بھی ہو اس میں مرارہ

اور مشترک قنات صفراء کا امتحان التهابِ مرارہ اور سنگہائے مرارہ کے لئے کر کے مرارہ کی تسکین کر دینی چاہئے۔

مزمن التهاب بنقراس

(chronic pancreatitis)

یہ زندگی یافت کو متاثر کر کے بہت لیفی بالیدگی پیدا کر دیتا ہے، جس سے نتیجہً غذائی ساختوں کا ذہول پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ بہت جگہ میں پائے جانے والے تغیرات سے مماثل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ اس مرض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مزمن التهاب بنقراس میں بھی لیفی جال، عنیبات کے بڑے گروہوں کو محصور کرے (بین لختکی = interlobular)، یا نسبتہً بہت زیادہ شاذ طور پر منفرد عنیبات کو محصور کرے (بین عنیبی = ioteracinar)۔ عموماً اس عضو کا سر سب سے زیادہ موقوف ہوتا ہے۔ جرم نہایت کثیف اور سخت ہو جاتا ہے، اور نسبتہً قلیل الوقوع بین عنیبی شکل میں ممکن ہے کہ بہت کثافتی واقع ہو جائے۔ مزمن التهاب بنقراس کی تسبیب بالکل وہی ہے جو کہ حاد التهاب بنقراس کی تسبیب ہے۔ وہ عموماً متصلہ التهابات جیسے کہ باریطون کے، قنات صفراء کے، معدے اور آنتوں کے التهاب، مثلاً التهاب زائدہ دودھ کے پھیلنے سے پیدا ہو جاتا ہے، جس سے ساری عضویے اوپر کو بنقراسی قنات میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ نیز وہ بنقراسی قنات میں انجمادات کی موجودگی سے، یا مجبوس بنقراسی افرازات کی موجودگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یا سرطان سے قنات کے مضغوط ہو جانے سے، یا مرض قلب سے وریڈی امتلاء ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے، اور شاید آتشک سے، اور الکحل کے ناجائز استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سنگہائے صفراء مزمن التهاب بنقراس کا ایک عام سبب ہیں بالخصوص اس وقت جب کہ ایک سنگ اتفاح واثیر میں، یا مشترک قنات میں واقع ہو، یا جب ان کی موجودگی کا یہ نتیجہ ہو کہ تھیمی التهاب قنات ہائے صفراء پیدا ہو گیا ہو۔ قناتی تسد اور سرایت کی ان مثالوں میں سے بیشتر میں بین لختکی شکل کا مزمن التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ صلابت الشرائین (arterio-sclerosis) بھی

مزمن بنقراسی التهاب کا ایک سبب ہے، جو اس صورت میں عموماً بین عینی قسم کا ہوتا ہے۔

مزمنی تشمریح۔ بین لختی شکل میں بنقراس کثیف اور سخت ہو جاتا ہے، اس میں لہنی بافت کے چوڑے بند تختوں اور مدفون رقبوں کے درمیان دوڑتے ہیں، ان رقبوں میں سے بعض تو متکثر غذی جرم کے ہوتے ہیں اور بعض خوب مصنون بافت کے۔ بالعموم جزائر لنکر بانس غیر متاثر رہتے ہیں۔ بین عینی شکل میں عینیات مذبول ہو جاتے ہیں، اور جزائر لنکر بانس اکثر اوقات لمفا سا خلیوں کی درزیزش سے اور صلابت سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔

412

مزمن التهاب بنقراس کی یہ ہر دو شکلیں چربی کے بڑے جسم او (شحم سلحیت = lipomatosis) سے پیچیدہ ہو سکتی ہیں، بالخصوص ان اشخاص میں جن کو فریبی کی شکایت ہو۔

علامات۔ راقم الحروف کا ایک مریض ایک ۴۹ سالہ شخص تھا جسے بالکل اثناعشری قرح سے مشابہ علامات تھیں، اور ساتھ ہی اس کا معدہ چھوٹا اور متعرج تھا، جو بے حرکت خالی ہو جاتا تھا، لیکن نہ تو کلاہ کا تشوہ تھا اور نہ مخفی خون موجود تھا۔ مشتبہ نگہائے صفرار کے لئے جراحی عملیہ انجام دیا گیا، لیکن صفراوی خطہ وغیرہ طبعی پائے گئے۔ دوسری اصابتوں میں کوئی علامات نہیں ہوئے، یا سوء ہضم کے بہم سے علامات ہوتے ہیں، یا ممکن ہے کہ نحل کے ساتھ نمایاں بنقراسی قلت موجود ہو۔ مزید برآں ممکن ہے کہ بنقراس کا متورم سر مشترک صفراوی قنات کو جو اس کے اندر محصور ہوتی ہے مضبوط کر دے اور اس طرح تسد دی یرقان پیدا کر دے۔ اس کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ علیہ کر دیا جاتا ہے، جس کے بعد ایک سخت بنقراس محسوس ہوتا ہے۔ تقریباً ایک ثلث اصابتوں میں یہ ڈھیلا التهاب بنقراس کی وجہ سے ہوتا ہے، اور دو ثلث اصابتوں میں بنقراس کے سر کے سرطان کے باعث۔

جہاں مزمن التهاب بنقراس کے باعث ڈیا میٹس شکری پیدا ہو جاتا ہے، اوپائی (Opie) بیان کرتا ہے کہ یہ تقریباً بالکل بین عینی شکل سے پیدا

ہوتا ہے، جس میں بالخصوص جزائر لنگرمانس متضرر ہوتے ہیں۔ بین لختکی شکل سے ذیابیطس شکر کی صرف انتہائی اصابتوں میں اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ اسطراحی عمل ان جزائر تک پہنچ جاتا ہے جو کہ لختکوں کے مرکز میں واقع ہیں۔

علاج۔ چونکہ بہت سی اصابتوں میں مزمن التهاب کو صفراوی اور بنقراسی قناتوں کی، اور معدی معوی غشائے مخاطی کی اختلالی حالتوں سے منسوب کیا جاسکتا ہے، لہذا ان اولی اختلالات کے علاج کے طرف سب سے پہلے توجہ کرنا چاہئے۔ اول الذکر حالت میں اکثر اخراج سنگ کے لئے جراحی عملیہ کی ضرورت ہوگی، اور آخر الذکر حالت میں موزوں غذائی اور دوائی علاج کی ضرورت ہوگی۔ ایسی اصابتوں کا بھی اندراج ہوا ہے جن میں مرارے میں سے اطالت پذیر تسبیل کرنے سے علامات میں کامیابی کے ساتھ تخفیف حاصل ہو گئی ہے۔

سنگ ہائے بنقراس

(pancreatic calculi)

ان کا وقوع اوچھڑ عمر کے آدمیوں میں ممکن ہے۔ یہ ہرگز عام نہیں ہیں۔ یہ قناتوں کی نازلت سے اور افزائیں تاخیر ہو جانے سے منسوب کئے جاسکتے ہیں اور کیلیسیم کاربونیٹ اور کیلیسیم فاسفیٹ پر اور بعض اوقات کیلیسیم آگزلیٹ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ ریتی کے ذروں جیسے یا اسنے بڑے کہ ہیٹزل نٹ (hazel-nut) کے برابر اور عموماً گول یا بیضوی، اور کبھی نامہوار یا شاخ دار ہو سکتے ہیں۔ رنگ میں یہ سپید یا رادی مائل سپید، بعض اوقات بھورے یا تقریباً سیاہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ قنات یا اس کی شاخوں کو سدود کر دیتے ہیں اور قناتوں کا اتساع، احتباسی دُورے، حاد التهاب، مہ قبیح یا مزمن تصلب کے، بلکہ گرد و پیش کے حصوں تک میں التهاب پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ شاذ ہی علامات پیدا کرتے ہیں، الا یہ کہ یہ علامات ان کے ثانوی اثرات سے پیدا ہو جائیں، مثلاً اس التهاب سے جو یہ پیدا کر دیتے ہیں، یا دُویروں کے بننے سے، یا خدے کے ذبول یا کہبت کے پیدا ہو جانے سے۔

تشخیص، شائع نگاری کے ذریعہ اور سنگوں کے لئے پانخانوں کا امتحان کر کے کی جاتی ہے۔ ان کو کبھی کبھی جراحی علیہ کے ذریعہ سے نکالنے میں کامیابی ہوتی ہے، بیشتر اصابتوں میں قنات ورسنگ سے۔

بنقراس کے نوایے اور دُورے

سرطان (carcinoma) جو تقریباً ہمیشہ اولی ہوتا ہے، بنقراس کا اہم ترین سلعہ ہے۔ یہ اکثر غدے کے سر میں محدود ہوتا ہے۔ یہ ایک بے قاعدہ گریبی سخت سلعہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ آہنی کافی جسامت رکھتا ہو کہ موزوں حالات کے تحت اسے جدار شکم میں سے محسوس کرنا ممکن ہو۔ جوں جوں یہ گرہیں جسامت میں بڑھتی جاتی ہیں بنقراسی قنات کے تسد ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، جس سے ایک دُورہ بن جاتا ہے۔ کبھی کبھی دباؤ سے یا مزمن التهاب کے پھیلنے سے شکر صفراوی قنات مسدود ہو جاتی ہے، جس سے یرقان پیدا ہو جاتا ہے۔ حقیقت اوجھڑ اور مٹن اشخاص میں یرقان پیدا ہونے کا ایک عام سبب یہی ہے، دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرطان معدے، اثنا عشری، باریطون، فقرات، یا دوسری ساختوں کو بھی ماؤف کر دے۔ علامات مزمن التهاب بنقراس کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن نخول عموماً نمایاں ہو جاتا ہے۔

بنقراسی دُورے (pancreatic cysts)۔ یہ بیشتر اوقات بنقراس

113

کی دم اور جسم میں نمویاب ہو جاتے ہیں۔ یہ قنات ورسنگ کے تسد کی وجہ سے (جو سنگ سے پیدا ہو جائے، یا باہر سے دباؤ پڑنے کے باعث ہو) احتباسی دُورے ہو سکتے ہیں۔ دوسرے دُورے جرم غدہ کے اندر بنتے ہیں جو نزفی التهاب بنقراس کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ متصلہ باریطون میں کاذب دُورے (pseudo-cysts) نمویاب ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سال کا انسکاب ہے، اس خراش اور بنقراسی رس کی ترقیق کے لئے جملہ التهاب بنقراس کے باعث رہا ہوتا ہے۔

ایک کافی جسامت رکھنے والا دُورہ شکم کے بالائی حصے میں، خط درمیانی میں

یا اُس کے ایک طرف، ایک گلو بچہ نما رسولی بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قولون متعرض کے نیچے ابھر آئے اور ایک بیضی دُورے سے مشابہ ہو، گو نیچے سے جس کرنے پر یہ اوپر کے طرف دھکیلا جاسکتا ہو۔ یہ محدے اور قولون متعرض کے درمیان یا بگڑا اور محدے کے درمیان آگے کی طرف بروز کر سکتا ہے۔ اس کے تعلقات کی تعین لا شعاعوں سے (غیر شفاف غذا کے بعد) یا کھوکھلے احسا کے نفوخ کے بعد قزع کے ذریعہ سے کی جاسکتی ہے۔ بنقر اسی سلمہ اکثر گہرے شہیق کے دوران میں ساکن رہتا ہے، لیکن اگر وہ ڈایا فرام سے متماس ہے تو ممکن ہے کہ وہ $\frac{1}{2}$ یا $\frac{3}{4}$ انچ نیچے کے طرف حرکت کرے۔ اُس کے اندر کاسیال کمڈر بھورے یا بھری، مل رنگ کا قلوئی اور البیومینی ہوتا ہے اور اُس کی کثافت نوعی ۱.۰۱ تا ۱.۰۲ ہوتی ہے۔ اُس کے اندر متغیر شدہ دُموی لون اور مختلف بنقر اسی خمیر موجود ہو سکتے ہیں۔ سخل اور مبض اوقات درو یا یرقان موجود ہوتا ہے۔ پیشاب میں بعض اوقات شکر موجود ہوتی ہے۔

وہ اور ام جن کا اس کے ساتھ خلط ملط ہو جانا بہت ممکن ہے، یہ ہیں۔ دوسرے کسی عنفوکا کیستی دُورے، استقار الکلیہ (hydronephrosis) محد المقام التہاب باریطون اور بیضی مرض۔ اگر وہ زیادہ تر بائیں طرف ہے اور تہیق سے حرکت کرتا ہے تو وہ ایک لچالی یا کلوئی سلمہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ امتصاص کے ذریعہ سے حاصل شدہ سیال کی نوعیت سے امداد حاصل ہونی چاہئے۔ بنقر اس کے پیدا نشی دُورے اور کمیستی دُورے شاذ ہی ہوا کرتے ہیں۔

علاج۔ بنقر اسی دُوریوں کا علاج اکثر شکاف اور تسیل سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے۔ دوسرے سلعات کے تدارک میں نسبت کم آسانی ہوتی ہے، اور اُن کا علاج یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف حاصل ہو جائے۔ اگر سلمہ کا اقیصال نامکن ہو تو مرارہ شکافی اور مراری معوی تغیر سے کچھ آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔

امراض باریطون

حاد التهاب باریطون

(acute peritonitis)

بحث اسباب - حاد التهاب باریطون معمولہ خون سرایت سے ہو سکتا ہے، یعنی بنقی ریوی التهاب باریطون اور نہایت سزا زسورتوں میں بنقی سبھی التهاب باریطون اکثر الوقوع سبب شکمی اختار کا کوئی ضرر ہوتا ہے، جیسے کہ مشقوبہ مضمی قرعہ، لفافہ کی کے مشقوبہ محرقی یا تدرنی قروح، اور قولون کے زحیری قروح، اعوری زائدہ کا التهاب اور انتاش، بگر کے بھوڑے، مارے کا ققیع، حاد معوی تسدومہ تخنق کے، طحال کا انفعام اور خراج، وہ کثیر التعداد التهابی ضررات جو عورتوں کے حوضی اعضا کو مآوف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، یعنی التهاب الرحم (metritis)، التهاب نزد رحمہ (parametritis)، التهاب بیض، التهاب انبوبہ فلوی (salpingitis)، حوضی موی قیلہ (pelvic haematocoele)، اور بعض اوقات وہ سرایت جو التهاب حوض الکلیہ (pyelonephritis)، گرد کلوئی التهاب (perinephritis)، خراج نصری (psoas abscess)، حاد ذات الجنب یا ققیع الصدر سے پھیل جاتی ہے۔ لیکن ققیع الصدر کا التهاب باریطون پیدا کرنا اتنا عام نہیں ہے کہ جتنا عام ایک باریطونی خراج کا ققیع الصدر پیدا کرنا۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں میں کہفہ شکمی کے اندر مایعات، جیسے کہ غذا، براز، یا پیپ کے اخراج سے اور ان کے ساتھ ساری خرد عضویہ منتقل ہو جانے سے التهاب باریطون شروع ہو جاتا ہے۔ معدی اور معوی قروح کے اثقباب کی حالت میں، اور التهاب زائدہ و ویدیہ میں اور پھوڑوں کے پھٹ جانے میں یہی ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں التهاب مصلیٰ تہ تک پھیل جاتا ہے، یعنی خرد عضویہ بافتوں کے اندر بلا کوئی بین استقاق پیدا ہوئے داخل ہو جاتے ہیں۔

باریطون کے زخموں کے بعد خواہ یہ تضرر کی وجہ سے ہوں یا جراحی کارروائی میں پیدا ہو جائیں، التهاب باریطون ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ کبھی کبھی مرض برائے خواہ یہ حادثہ ہو یا مزمن، التهاب باریطون کا سبب معد ہوا جاتا ہے۔

جراثیمیات۔ التهاب باریطون پیدا کرنے والے خرد عضویے یہ ہوتے ہیں :- عموماً معمولی عصیہ قولونی اس وقت ہوتا ہے جب کہ باریطون میں امحار سے سرایت پہنچے جیسے کہ التهاب زائدہ وود یہ یا انشقاب معار میں، یا جب صفراوی راستوں سے سرایت پہنچے۔ نبقہ سبجیہ اور نبقہ عنبدیہ التهاب باریطون میں اس وقت پائے جاتے ہیں جب کہ وہ حوضی اعضا کے ضررات سے یا شکمی دیواروں سے ماخوذ ہو۔ نبقہ ریویہ بھی ملتا ہے۔ اس کا باریطونی التهاب اولی ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ وہ ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہو، یا ممکن ہے کہ وہ نبقی ریوی عفونت الدم کا ایک جزو ہو۔ دوسرے جراثیم جو کمتر پائے جاتے ہیں یہ ہیں :-

414

عصیہ محرقیہ (B. Typhosus)، عصیہ ریم ازرق (B. pyocyaneus)، گیس آفروز لکیس عصیہ (B. lactis aerogenes)، خرد نبقہ چہارزا (Micrococcus

tetragenes) اور خرد نبقہ سوزاک۔ ایمیبائے قولونی ایبائی زحیر میں یا باگیا ہے کبھی کبھی عصیہ ذریعہ حادثہ التهاب باریطون کیلئے لیکن بہت زیادہ عام طور پر وہ ایک نرسیم کا التهاب پیدا کرتا ہے۔

مرضی تشریح۔ باریطون میں جو تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں وہ اُن تغیرات سے ماثل ہیں جو التهاب پلیور کی حالت میں پلیورامیں واقع ہوتے ہیں۔ پہلے پھل عروقیات کی زیادتی کی وجہ سے سرخی ہوتی ہے، اور اگر کبھ شکم کا امتحان اس ابتدائی درجے میں کیا جائے تو عموماً دیکھنے میں آتا ہے کہ امحار کی سرخی آنک کے طول میں اس مقام پر متوازی دھاریاں بنا دیتی ہے کہ جہاں تین باریطونی سطحیں ملتی ہیں، یعنی آنت کے دو لچھے اور شکم کی اگلی دیوار یا آنت کے تین لچھے۔ اس مقام پر دوسری جگہ کے نسبت دباؤ کم ہوتا ہے، چنانچہ امتلا اور ارتشاح پہلے یہیں واقع ہوتے ہیں اور آنت کے برابر برابر ایک فضا بنا دیتے ہیں جو ترشش میں مشغی ہوتی ہے۔ یہ ارتشاح منہج ہو کر ایک زرد پٹری بنا جاو پیدا کر دیتا ہے، جسے اکثر ملف کا غیر موزوں نام دیا جاتا ہے، لیکن خود اصل فائبرین اور سپید خلیوں پر

مشتمل ہوتا ہے، اور اس کے علاوہ ممکن ہے کہ ایک مختلف المقدار کمزورستیال بھی موجود ہو۔ یہ ارتشاح نہایت سرعت کے ساتھ نمودار ہو جاتا ہے، جیسا کہ بعض ضربی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے، جن میں اٹھارہ گھنٹوں سے بھی کم میں زرد لطف کی کچھ مقدار بن سکتی ہے۔ بعض نسبتہ کم شدید اور کم وسیع اصابتوں میں اس ارتشاح کی جگہ لہنی یافت لے لیتی ہے (تعضیہ)۔ اور ان انضمامات سے جو اس طرح بن جاتے ہیں مختلف احشا باہم جڑ جاتے ہیں، یا باریطونی کہنہ مطموس ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں سپید غلیتوں کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے، یا وہ ابتدا ہی سے کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور الٹہابی حاصل ہوتا رہتی ہو جاتی ہیں۔ یہ اکثر بہ سرعت مہلک ثابت ہوتا ہے۔

حاد محدود المقام التهاب باریطون (acute circumscribed)

peritonitis) یا باریطونی خراج (peritoneal abscess)، سرایت کے محدود المقام ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نائیدی خراج (appendix abscess) باریطونی خراج کی عام ترین قسم ہے۔ باریطونی خراجات حوض، قطنی خلوں اور حرقعی حوضوں میں ہوتے ہیں، یا ڈایا فرام کے نیچے (زیر ڈایا فرامی خراج = subphrenic abscess) جس پر آگے غور کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان پھوڑوں کا باہر کے طرف منہ بن جائے یا وہ کھوکھلے احشائیں سے کسی ایک کے اندر کھل جائیں، یا سینہ کے اندر پھٹ کر ذات الجنب یا ذات الریہ پیدا کر دیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک قرعہ کے انشقاب کے بعد معدے یا آنتوں کے ساتھ راست ربط موجود ہونے کے سبب سے باریطونی خراج میں ہوا موجود ہوتی ہے۔

علامات - حاد عمومی التهاب باریطون درد کے ساتھ

شروع ہوتا ہے، جو بیشتر نہایت شدید ہوتا ہے، اور اگر ابتداءً ایک مقام پر محدود ہو تو جلد ہی سارے شکم پر منتشر ہو جاتا ہے۔ یہ درد مسلسل ہوتا ہے، لیکن ہر قسم کی حرکت، کھانسنے، کانکھنے یا قے ہونے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ دبائے سے اس کو تسکین نہیں ہوتی، بلکہ اس کے برعکس سارے شکم پر نمایاں انیمیت موجود ہوتی

ہے۔ سانس لینے پر سارے کے سارے شکم میں حرکت ناپذیری ہوتی ہے، اور تنفس بالکل صدی ہوتا ہے، اور جس کرنے پر استواری ہوتی ہے جو کبھی ڈھیلی نہیں پڑتی (یہ ایک نہایت اہم امارت ہے)۔ ٹانگیں اکثر پیٹ کی طرف کھینچی ہوئی ہوتی ہیں، تاکہ جدار شکم تنے نہ پائے، اور مریض ہر قسم کی حرکت سے احتراز کرتا ہے۔ نبض عموماً سریع، اور تپش مرتفع ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات تپش کم ہوتی ہے، گو نبض سریع ہوتی ہے، اور اسے سخت سمراہیت کی امارت سمجھنا چاہئے، کیونکہ شرح نبض شدت مرض کی اس سے زیادہ اہم دلالت ہے کہ جتنی درجہ تپش ہے قاعدہ ہے کہ قسے جلد ہی شروع ہو جاتی ہے، اور بار بار ہوتی ہے، یا تو خود بخود غذا لینے کی کوششوں کے بعد قسے میں پہلے معدی مافیہہ اور بعد میں صفرا خارج ہوتا ہے، اور اس کے بعد قسے تقریباً برازی نوعیت کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات ابتدا ہی میں قشریرہ ہوتا ہے، لیکن ہبویا ہمیشہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ بعد کے درجوں میں مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوتا ہے، اس کا چہرہ سکڑا ہوا ہوتا ہے، آنکھیں سیاہ ہو کر اُن میں گڑھے پڑ جاتے ہیں، چہرے سے تشویش ظاہر ہوتی ہے، اور زبان خشک اور فرداء اور نبض سریع و صغیر ہوتی ہے۔ امعاء کے عضلی طبقہ کے شلل اور اُن کے اندر گیس کے اجتماع کی وجہ سے شکم متمدد ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح لمک دار ہوتی ہے، لیکن اگر زیادہ سیال منکب ہوا ہو تو ممکن ہے کہ پہلوؤں پر یا کبھی کبھی سارے شکم پر اصمیت پیدا ہو جائے۔ ہچکلی ایک ایسی علامت ہے جو اکثر ہوا کرتی ہے۔ قبض ہمیشہ ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک یا دو دنوں کے بعد ایک یا زائد بار یا خانہ ہو، یا ممکن ہے کہ اسہال شروع ہو جائیں۔ اور کبھی کبھی شروع ہی سے اسہال ہوتے ہیں۔ بول قلیل المقدار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ درد کے ساتھ خارج ہو، یا مجبوس ہو جائے۔

415

مشقوب ہضمی قرحہ کی اصابتوں میں ابتداء میں عمومی استواری شکم اور صدر ہوتا ہے، جس کے ساتھ چہرہ مشوش اور ازرق ہوتا ہے، جوارح ٹھنڈے اور نم ہوتے ہیں، تپش تحت الطبعی اور نبض سریع و ضعیف ہوتی ہے۔ بالآخر حلاو البہاب باریطون کے متاخر امارات نمودار ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ گیس

کہفہ باریطونی کے اندر خارج ہو کر وسیع گنگ، بلکہ مایع کے ساتھ آمیز ہو کر چھپکا پویدا کر دے۔ باریطون کے اندر گیس کی وعابداری کی شناخت بعض اوقات اس سے ہوتی ہے کہ گیس جگر کے سامنے جمع ہو کر طبعی کبدی اضمیت کے بجائے گنگ پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ احسا کے اندر سے کوئی گیس خارج ہوئے بغیر بھی یہ ممکن ہے کہ ان احسا کے زیادہ گیس تمدد سے جگر صدری دیوار کے تماس سے دور ہو جائے۔

قے اور درد کی وجہ سے مریض تدریج خستہ ہو جاتا ہے، زبان نسبت زیادہ خشک اور بھوری ہو جاتی ہے، لبوں اور زبان پر وسخ جم جاتی ہے۔ نبض ضغیر تر اور سر میں تڑپ ہو جاتی ہے، پھیپھڑوں کے قاعدے مضبوط ہو جاتے ہیں، اور دوسے چھ دنوں تک کی بیماری کے بعد موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ایسا ہر اصابت میں نہیں ہوتا کہ یہ تمام متمیز و مخصوص امارات ملیں بعض اصابتوں میں بخار نہیں ہوتا، دوسری اصابتوں میں تمدد محض خفیف سا ہوتا ہے، کبھی کبھی مریض اپنی پشت کے بل منبع پڑا رہنے کے بجائے سخت درد و کرب کی حالت میں تڑپتا رہے گا۔

نبتی ریوی التهاب باریطون میں جو عموماً نبتی ریوی عفونۃ الدم کے ایک جزو کے طور پر پیدا ہو جاتا ہے، درد اور الیمیت شکم اور اسہال ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استواری موجود ہو، مگر زیادہ اکثر دیوار شکم ڈھیلی ہوتی ہے۔ سخی علامات زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، جن کے ساتھ تیش بلند درجہ پر اور ہڈیاں ہوتا ہے، اور شریح تنفس زیادہ ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ شفوی نملہ موجود ہو یا نبتی ریوی سرایت کا ظہور کسی دوسری جگہ، پھیپھڑوں، جوڑوں، وغیرہ میں ہو۔ کچھ عرصہ کے بعد شکم کے ایک حصے میں پھوڑا بن جاتا ہے، اور یہ اُس خاص خطے میں ایک ورم نمودار ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔

حادہ محل و المقام التهاب باریطون میں عام علامات زیادہ تر مائل ہوتے ہیں، لیکن مقامی حالات کم و بیش ماؤف حصے تک ہی محدود رہتے ہیں۔ اس کا عام ترین سبب التهاب زائدہ کی حالت میں اشتقاق کا وقوع

ہے، اور یہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

تشخیص۔ عموماً یہ مشکل نہیں ہوتی، شدید درد، الیمیت، قے، استواری، اور دوران تنفس میں شکم کی حرکت نا پذیر ہونے کے بعد تمدد کا ہونا، اور قبض، نبض صغیر و سریع، اور ہبوط، یہ کسب اہم خصائص ہیں۔ لیکن قولنج کے شدید درد، مشقوق انورس، ماساریتی علقیت (mesenteric thrombosis) اور حادثہ نزفی التهاب بنقراس بھی التهاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتے ہیں۔ خود التهاب باریطون کو غلطی سے معوی تدد سمجھا جاسکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ تب معویہ میں اور دیوار ہائے شکم پر جراحی عملیات، مثلاً فتق شگافی (herniotomy) کے بعد التهاب باریطون شروع ہو جائے اور بغیر اس کے کہ اس کی موجودگی کا شبہ ہو بلاکت واقع ہو جائے۔ قولنج (colic) اور ہسٹیلر یا دسرد کو التهاب باریطون سے اس طرح تمیز کیا جاتا ہے کہ اول الذکر حالت یعنی قولنج میں شکم منقبض ہوتا ہے اور الیمیت نہیں ہوتی، بلکہ دبائے سے درد میں تخفیف معلوم ہوتی ہے اور آخر الذکر حالت یعنی ہسٹیلر یا دسرد میں محض ذرا ہی چھونے سے درد بڑھتا ہے اور انتہائی حساسیت موجود ہوتی ہے۔ بے محل حمل (ectopic gestation) کا استقاق درد اور ہبوط پیدا کرتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کو غلطی سے معد قرعہ کا انتساب سمجھ لیا جائے۔ اس میں قے اور بے قاعدگی حیض کی دہکاد دل سکتی ہے۔ کثرت زرف کے باعث ہونٹوں کا رنگ سپید ہوتا ہے۔ شکم کی الیمیت اور دم ہوتا ہے اور بعض اوقات آزاد تال موجود ہوتا ہے مگر حقیقی استواری نہیں ہوتی، اور حوضی اور ستیمی امتحان سے ایک تناؤ دار ڈھیلا پایا جاتا ہے۔ لیوشہام شفا خانے (Lewisham Hospital) میں مشقوب مضہمی قرعے کی تشخیص کی تصدیق کا ایک مفید ذریعہ متعل ہے۔ انتصابی وضع میں ایک لاشعاعی فلم جس میں کہنہ باریطونی میں جگر اور دائیں ڈایا فرام کے درمیان ایک صاف رقبہ ہو، آزادگیس کی موجودگی ظاہر کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۲ الف)۔ بعض اوقات ذیابیطس کا ہلک تو، انتصابی التهاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتا ہے۔ یہ تو کبھی کبھی دفعۃً شروع ہو جاتا ہے، اور اس میں شدید درد شکم کے ساتھ نبض صغیر اور خیطی ہوتی ہے۔ ذیابیطس کی جوع الہواسے اور بول میں زیادہ ایسٹو ایڈنگ ایسڈ کی موجودگی اور شکمی استواری کی غیر موجودگی سے

تشخیص صاف ہو جانی چاہئے۔

416

جہاں تک کہ التهاب باریطون کی تفریقی تشخیص کا تعلق ہے، مابقی مرگشت کے اندر سبب مرغن کی جستجو کرنی چاہئے۔ جہاں شدید ماد التهاب باریطون ایسے شخص میں پیدا ہو جائے جو پہلے تندرست سمجھا گیا تھا، عوری زائیدہ کا تفریح، شقوب معدی قرعہ اور حوضی امضا کے ضررات اس کی پیدائش کے نہایت ممکن اسباب ہو سکتے ہیں۔ سن بلوغ کے پہلے اور قریب قریب، عوری زائیدہ کا تفریح دونو صنفوں میں زیادہ ممکن ہے۔ حوضی ضررات تقریباً بلا استثناء عورتوں میں ہوتے ہیں اور لڑکیوں میں ایک نظر انداز شدہ فرجی ہبلی التهاب (vulvo-vaginitis) کا بھی خیال کرنا چاہئے جو نبتی سوزاکی التهاب باریطون پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔ بالخصوص بچوں میں واقع ہونے والے اولی نبتی ریوی التهاب باریطون کے متمیز خصائص پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔

انذار۔ عمومی التهاب باریطون ایک نہایت مہلک مرض ہے۔ اغلب نتیجہ کا اندازہ نبض کی نوعیت، قے کے جاری رہنے، ہبوط کی مقدار اور التهاب کی امکانی وسعت پر سے کیا جاسکتا ہے۔ شدید اصابتوں کے متعلق صرف ہر روز کی حالت پر سے رائے قائم کی جاسکتی ہے۔ جب چند روز گزر جائیں تو زیادہ امید ہوتی ہے، لیکن ان اصابتوں میں جو بظاہر درست ہو رہی ہیں ممکن ہے کہ پیچھے اجتماعات ظاہر ہوں اور مصرعہ بالاطریقہ سے خطرناک ثابت ہوں۔ نبتی ریوی اور نبتی سوزاکی شکلیں نسبتاً امید افزا ہوتی ہیں۔

علاج۔ التهاب باریطون کی اصابتوں کی اکثریت میں اور بالخصوص ان اصابتوں میں جو ایک معدی، اثنا عشری، یا محرقی قرعہ کے اشتعال یا عوری زائیدہ کے اغماش یا ایسے ہی کسی دوسرے حادثہ کی وجہ سے ہوں، شفا یابی کا امکان صرف اسی وقت ہوتا ہے جب کہ ان کا علاج بلا تاخیر متعدی کے ساتھ حستراحی طریقوں سے کیا جائے۔ شکم کو کھول کر تیبی ضرر کا تدارک کرنا اور پیپ کے اجتماعات کی تسخیل کرنا چاہئے۔ اس التهاب باریطون میں جو قسم الدم کی وجہ سے شروع ہوا ہو، مثلاً نبتی ریوی التهاب باریطون میں تا وقتیکہ چھوڑا نہ بن جائے

جراحی عملیہ نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ عملیہ سے اولیٰ مرکزِ مرض کا استیصال کرنا غیر ممکن ہوگا۔

اگر بالفرض عملیہ نہ کرنے کا فیصلہ کیا گیا ہے تو ایسی صورت میں یہ سلا اصول علاج یہ ہے کہ آنتوں کو قطعی آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے۔ اس غرض کیلئے مریض کو قدرتا بستر میں لٹائے رکھنا لازم ہے۔ غذا مستحقی حنتوں کے ذریعہ سے دینی چاہئے جن میں ۶ فی صدی ڈیکسٹروس ہو۔ اور مسہلات سے سختی کے ساتھ احترا لازم ہے۔ مریض کی پیاس بجھانے کے لئے اُسے وقتاً فوقتاً برف کے چھوٹے ٹکڑے چائے جائیں لیکن منہ کے راستہ سے کوئی غذا نہ دی جائے۔ افیون یا morphia کا استعمال نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ اُن کے استعمال سے علامات کی ایسی زیادتی پوشیدہ ہو جائے کہ جس سے عملیہ کرنے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ اسی کی گرم پولٹھوں یا گرم پانی میں بھگا کر سنجوڑے ہوئے فلائین کے ٹکڑوں کے لگانے سے جن پتارین یا مرونخ لفساح (liniment of belladonna) چھڑک دیا گیا ہو مقامی طور پر آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات ہر فانی رفادات یا فلائین کی تہوں کے درمیان برف کے ٹکڑے استعمال کئے جاتے ہیں لیکن ان سے عموماً استنا آرام نہیں حاصل ہوتا جتنا کہ گرم لافساح سے ہوتا ہے۔ مہیجات کی اکثر ضرورت ہوتی ہے، اور ان کے دینے کی بہترین شکل برانڈی ہے جو تھوڑی تھوڑی مقداروں میں بار بار دی جائے۔ جب تمدد ہو تو مند و لیش مصل (anti-Welch serum) کا اثر اب کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

زبرد یا افراجمی خراج (subphrenic abscess) باریطون میں یا ڈایا فرام کے نیچے کی خلوی بافت میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کے واقع ہونے کے نہایت کثیر الوقوع مقامات کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے: — (۱) دایاں اگلا دروں باریطونی خراج (right anterior intra-peritoneal abscess) جگر کے دائیں لختہ کے اوپر اور رابطہ منجلی شکل (falciform ligament) کے دائیں طرف ہوتا ہے۔ پیپ اکثر جگر کے نیچے پیچھے کے طرف پھیل جاتی ہے۔

اس کے عام ترین اسباب التهاب زائدہ دودھ مشقوب اثنا عشری قرحات اور کبدی خراجات ہیں۔ (۲) بایاں اگلا دروں باریطونی حراج (left anterior intra-peritoneal abscess) جو خاص کر مشقوب معدی قرح کی وجہ سے ہوتا ہے، جگر کے بائیں لختے کے اوپر اور طحال کے گرد واقع ہوتا ہے۔ (۳) دایاں خارج الباریطون خراج (right extra-peritoneal abscess) جگر کے اوپر اور پیچھے کی غلوی بافت میں واقع ہوتا ہے، اور جگر دائیں خلف الباریطون بافتوں (retroperitoneal tissues) اور صدر کے التهاب سے شروع ہوتا ہے۔ بائیں جانب کو زیر ڈایا فرامی غلوی بافت بہت کم ہوتی ہے، چنانچہ یہاں کا التهاب ایک قطنی خراج (lumbar abscess) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ تاجہ باریطونی صغیر کا تقيج، جو مشقوب معدی قرح سے پیدا ہوتا ہے، اس قدر عام نہیں جس قدر کہ دوسرے متذکرہ مقامات کا تقيج (91)۔ زیر ڈایا فرامی خراج (subphrenic abscess) کی سب سے پہلی علامت درد ہے۔ جموی انتشارال کے اُن عمومی علامات کے علاوہ جو تقيج کی وجہ سے ہوتے ہیں، دوسرے اہم امارات بھی ہوتے ہیں جن سے تعین مقام میں مدد ملتی ہے، یعنی ایک شکمی ورم جو شہیق پر نیچے نہیں ہٹتا، جس جانب پھوڑا ہے اس جانب پر صدری دیوار کا ابھار اور ساتھ ہی عمیق الیمیت۔ متناظر شش کے قاعدے پر اُصمیت کی موجودگی اور اصوات تنفس، صوتی گمگ اور لمسی صوتی حقیف کی کمی پائی جاتی ہے۔ لاشعاعی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ متناظر ڈایا فرام اور اٹھا ہوا اور حرکت ناپذیر ہے۔ جب پھوڑے کے اندر ہوا موجود ہو، جیسا کہ اس وقت ہو سکتا ہے جب کہ وہ کسی حشا کے انقباض سے پیدا ہو گیا ہو، تو قطبی سُر قدری تنفس، فلزی جھنکار اور جرسی آواز کے وقوع کے سبب سے ایک استرواح الصدر (pneumo-thorax) کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے۔ استقصائی کچوکا عمل میں لانے کے لئے بہترین یہی ہے کہ وہ ایک معدم حس دوا کے زیر اثر کیا جائے اور اگر نتیجہ مثبت ہو تو ایک کھلے علیہ کے ذریعہ اس کہف کی تسخیل عمل میں لانی چاہئے۔

مزمن التهاب باریطون

(chronic peritonitis)

یہ حادثہ التهاب باریطون کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے، بالخصوص اسکی مقامی شکلوں میں۔ یہ لکڑ مخصوص اعضا کے گرد مقامی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے، مثلاً ممکن ہے کہ جگر یا طحال ایک دبیز کیسہ سے محصور ہو جائیں (گرد کبدی التهاب = perihepatitis، گرد طحالی التهاب = perisplenitis)۔ کبھہ شکم کے اندر تدریجاً اور سرطان کی بالیدگی مزمن التهاب باریطون کی وہ شکلیں پیدا کر دیتی ہیں جن کا تذکرہ ابھی کیا جائے گا۔ یہ مرض برائٹ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔

مزمن التهاب باریطون کی ایک دوسری شکل احشاء کے درمیان انضمامات

اور بند (adhesions and bands) ہیں جو حادثہ التهاب یا مزمن التهاب سے

پیدا ہو کر کبھی کبھی حاد معوی تسم (acute intestinal obstruction) پیدا کرتے

ہیں، جیسا کہ پہلے بیان ہو چکا ہے۔ معوی رکود (intestinal stasis) اور غذائی

تسم الدم (alimentary toxæmia) کے تعلق میں ان انضمامات کو بہت اہمیت

دی گئی ہے۔ لیکن یہ بتلادیا گیا ہے کہ یہ سوائے نہایت نو عمر افراد کے دیگر اشخاص کی

اکثریت میں پائے جاتے ہیں، اور قولون کے قریب، بالخصوص قولون صاعد اور

کبدی عوجہ کے قریب نہایت کثیر الوقوع ہیں، اور یہ کہ جنینی زندگی تک میں طحالی

اور کبدی عوجات میں ایک انضمامی عمل پیدا ہو جاتا ہے، اور بعض اصابتوں میں یہ

لغائی کو حوضی حصہ میں مثبت کر دیتا ہے۔ آنت کے بائیا کے بائو کو روکنے کا ان کا

عمل بے سمتہ یا برعکس کی غذا کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ تحقیق کیا جاسکتا ہے۔

علامات۔ جب سیال کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا تو آنتوں کے گھما

بن جانے کے مقام پر شکم میں بے قاعدہ مزاحمت موجود ہو سکتی ہے۔ ورنہ علامات

وہی ہوتے ہیں جو ابتدائی مرض میں ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ محض مزمن التهاب باریطون کی تشخیص کافی نہیں بلکہ اولی سبب کا دریافت کرنا ضروری ہے، اور انداز اور علاج کا انحصار اسی پر ہے (مزید

ملاحظہ ہوا استسقاء شکمی)۔

تدرنی التہاب باریطون

(tuberculous peritonitis)

بحث اسباب۔ تدرنی التہاب باریطون ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بچوں اور نو عمر بالغوں میں نہایت عام طور پر ہوا کرتا ہے۔ وہ نہایت عام طور پر جسم کے دوسرے حصوں کے تدرن کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے وہ اکثر سل یوی (pulmonary phthisis) آنت کے تدرنی تفرج، جُبنی ماساریقی غدو اور حوضی اعضاء (مثلاً غلوئی انبوبات یا خصیتیں اور منوی خویصلات) کے امراض کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے وہ حادث عمومی تدرن کا ایک جزو ہو۔ اس میں شک نہیں کہ بعض اوقات عَصَیَات درنیہ معوی دیوار میں سے اس وقت بھی گزر سکتے ہیں جب کہ اس میں کوئی مضر نہ ہو۔

امراضیات۔ تدرنی التہاب باریطون کے چار اقسام ہوتے ہیں :-

(۱) استسقائی شکمی قسم (ascitic type)۔ اس میں باریطون کی سطح چھوٹے چھپے، سپیدی مائل ذرات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جن کا قطر ۲ تا ۵ ملی میٹر ہوتا ہے، اور جو سطح سے کسی قدر اُبھرے ہوئے اور پاس پاس مجتمع ہوتے ہیں۔ یہ ذرے ڈایا فرام کی سختانی سطح پر اور کونکوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ مصلی سیال کا عابر تشاح واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ مقدار میں کئی پائنٹ ہو، اور شکم کی کلانی اتنی ہی زیادہ ہو جتنی کہ وہ کہبت (cirrhosis) کے یا مرض قلب کے استسقاء شکمی میں ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ اصابتوں میں یہ مایع مصلی مچی یا مچی ہوتا ہے۔ (۲)

انضمامی (adhesive)، فائبرینی (fibrinous) یا تکوینی (plastic) قسم۔ اس میں سیال کا عابر تشاح مقدار میں نسبت بہت کم ہوتا ہے، اور آنت کے لمحوں کے درمیان فائبرین وسیع طور پر جم جاتی ہے۔ تقضیہ واقع ہوتا ہے، چنانچہ لمبے باہم چپاں ہو جاتے ہیں اور باریطونی کہف مٹوس ہو جاتا ہے۔ نسبتہ بعد کے درجوں میں سخت ایٹنی بافت بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ درنے بالکل ظاہر یا واضح نہ ہوں۔ (۳) جُبنی قسم

(caseous type) میں دیر بڑے ہو کر اور کہیں کہیں متحد ہو کر زرد جینی ڈھیلے بنا دیتے ہیں۔ یہ اکثر شرب کبیر میں واقع ہوتا ہے جو سکر کر شکم میں عرناً ایک کلمہ بنا تو وہ بنا دیتا ہے۔ اس قسم میں آنت کا وسیع تفرج واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ منصفہ میں ان قروں کے قاعدوں میں سے ایک دوسری کے اندر کھل جائیں اور اس طرح قتال غذائی کے قدرتی مرکبہ چلانا نامکن ہو جائے۔ ممکن ہے کہ انقباض واقع ہو کر حاد عمومی التهاب باریطون پیدا کر دے، یا کہفہ باریطونی کے مختلف حصوں میں پیچھے اجتماعات ہو جائیں جو ایک دوسرے سے بے تعلق ہوں۔ یا ساری قیغذہ اکثر جینی مٹتے ہیں اور جب یہ بڑے اور جس پذیر ڈھیلے بنا دیتے ہیں تو اس قسم کو اکثر (۴) ہزال ماسا ریکا (tabes mesenterica) کہتے ہیں۔ یہ اصطلاح ماسا ریکا قیغذہ کا اولی نذرانہ ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے جس میں باریطون ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ غدد متقیج ہو کر باہر یا کہفہ باریطونی کے اندر پھوٹ پڑیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ اصابتیں ان اقسام کے ساتھ پورے طور پر مطابقت نہیں کرتیں۔ ممکن ہے کہ ان سب اقسام کے آمیزے موجود ہوں اور مہر مرض کے دوران میں ایک قسم بدل کر دوسری قسم بن جائے۔

علامات۔ علامات بعض اوقات حاد ہوتے ہیں، اور اصابت ہر لحاظ سے ویسی ہوتی ہے جیسا کہ دوسری سرایتوں سے پیدا ہو جانے والا حاد التهاب باریطون۔ زیادہ اکثر علامات غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں اور شکم میں درد یا تکلیف پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مریض کمزور اور دُبلّا ہو جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہوتی ہے۔ جھوک کم ہو جاتی ہے اور پاخانے بے قاعدگی کے ساتھ لیکن اکثر غیر بستہ اور غیر منہضم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استقشاشکی کی وجہ سے شکم بڑا ہو۔ انقباضی قسم میں شکم متورم بھی ہوتا ہے اور جس کرنے سے اس کے بعض حصوں میں زیادہ مزاحمت معلوم ہوتی ہے یا گندھے ہوئے آٹے جیسا احساس ہوتا ہے۔ جینی قسم میں اور ہزال ماسا ریکا میں سخت گول گول تودے ہوتے ہیں جن کے خاکے کم و بیش واضح ہوتے ہیں۔ ایسے سلمہ نما تودے اکثر شکم کے زیریں نصف میں واقع ہوتے ہیں اور یہ شاید ایک جانب پر اس سے زیادہ اوپر تک پہنچتے ہیں کہ جتنا دوسری

جانب پر یہ سطح پر ناہمواریاں گرہ بنی ہوتی ہیں۔ بعض اوقات تدرنی در ریزش کے متعلّب تو دس بندوں کی طرح شکم پر عرضاً دوڑنے ہوئے محسوس ہوتے ہیں۔ اس طرح شرب جو دبیز ہو جاتا ہے اکثر شکم کے بالائی حصے میں ایک متعوض بند بنا دیتا ہے اور مٹھوس مریطاً (urachus) کے گرد کی بافت ناف کے نیچے ایک انتصابی بند بنا دیتی ہے۔ کبھی کبھی لیبی بافت کی زیادتی اور اس سے پیدا ہو جانے والے انقباض کے باعث شکم بزرگ شدہ ہوتا ہے۔ لفائی غد کا تدرن جس کے ساتھ عروق لفائیہ کا تسد ہو، شکم برازی پیدا کر دیتا ہے۔

تشخیص - متدد شکم جس کے ساتھ لاغری کی وجہ سے سینہ میں پسیوں کا حد سے زائد یا غیر معمولی اُبھار اور بین الاضلاع فضاؤں کا اندر دھنسن جانا ظاہر ہو، ترقی یافتہ تدرنی التهاب باریطون کا متمیز خاصہ ہے۔ ممکن ہے کہ شکم کی سطح پر وضع و ریدیں نظر آئیں اور کسی قدر اتمیت بھی ہوتی ہے۔ آغور کا تدرن اور التهاب باریطون ایک دیرینہ زائدی خراج سے یا شکمی مرض (abdominal Hodgkin's disease) کی اصابت سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ حادثہ میں حیات معویہ میں سے کسی ایک تپ سے مشابہ ہو سکتی ہیں۔

بچوں میں تین حالتیں ہیں جن کے مہینہ خصائص دبلے ہاتھ پاؤں اور بڑھا ہوا شکم ہیں اور جو سل معوی ("consumption of the bowels") کے نام سے یاد کی جا سکتی ہیں۔ یہ تدرنی التهاب باریطون اور شکمی لفائی غد کا تدرن، شکمی مرض (celiac disease)، اور سادہ سودہ ہضم معہ اسہال ہیں۔ ان میں سے آخری مرض سب سے زیادہ عام ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں لاشعاعوں سے مدد حاصل ہو سکتی ہے۔ تدرنی التهاب باریطون میں انفصامات کی وجہ سے غیر شفاف غذا چھوٹی آنت میں بے قاعدہ نقطوں پر چھوٹے چھوٹے اجتماعات پیدا کر سکتی ہے اور آنتا لیکہ طبعی حالت میں وہ بلا کسی مزاحمت کے لفائی کے اختتام میں سے ہو کر گذر جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ در ریختہ شرب غلطی سے بڑھے ہوئے جگر کاریں حصہ سمجھ لیا جائے، لیکن اس کے اوپر مدے کی گمگ اس غلط فہمی میں مبتلا نہ ہونے دے گی۔ بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں میں تدرن کی موجودگی کے باعث

تشخیص کی تصدیق ہو سکتی ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں یا نومردوں میں سادہ استسقاء شکی، جس کی توجیہ دوسرے طور پر نہ ہو سکے، تدریجی ہو سکتا ہے، لیکن اسے کبدی کہبت (hepatic cirrhosis) کے استسقاء شکی سے تمیز کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے، جو بعض اوقات درحقیقت اس کے ساتھ ساتھ موجود ہوتی ہے۔ اور اکثر وہ غلطی سے مبینی دویرہ (ovarian cyst) سمجھ لیا گیا ہے، یہاں تک کہ جراحی عملیہ سے اسکی تعظیظ ہوئی۔ بزل کے ذریعہ نکالے ہوئے مائع کا امتحان ایک گینی پگ کے اندر تطعیم کر کے کیا جاسکتا ہے، یا یو برکیولین استعمال کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔

انذار - یہ دوسرے بہت سے تدریجی ضررات کے انذار کے نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے، اور بہت سے مریض جن کا علاج جلد شروع کیا گیا، بظاہر بالکل شفا یاب ہو گئے ہیں۔ نہ صرف یہ کہ مائع جذب ہو گیا ہے، بلکہ بعض اصابتوں میں تصلب، در ریزش، یا انضامی کچھوں کے بڑے بڑے تودے بالکل غائب ہو گئے ہیں۔

419

علاج - بستر میں آرام لینا اہم ہے، اور اس کے ساتھ ساتھ ہوا بھی شل کر دینا چاہئے، جیسا کہ سل ریوی کے صحت کا ہی علاج میں بیان کیا گیا ہے۔ آفتاب کی روشنی میں جسم کا تکشف (علاج شمسی = heliotherapy) نہ صرف تدریجی التهاب باریطوں کی، بلکہ لمفائی غدود، ہڈیوں اور مفاصل کے تدریجی غیر جموی اصابتوں کے علاج کا ایک مفید طریقہ ہے۔ پاؤں سے شروع کر کے اوپر کے طرف جاتے ہوئے منکشف جسمانی سطح کی وسعت روز بہ روز بڑھائی جاتی ہے، یہاں تک کہ بالآخر سارے جسم کا تکشف روزانہ دو یا تین گھنٹوں کے لئے ہو جائے۔ سر کو ڈھکا ہوا رکھا جاتا ہے۔ اچھق اور ایسے اشخاص جو صحنہ پیدا کر کے جوابی عمل ظاہر کرنے کی محدود طاقت رکھتے ہیں، علاج شمسی کے لئے موزوں نہیں ہوتے (89)۔ داخلی طور پر کاڈ لیور آئل (cod-liver oil) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، اور غذا زود ہضم ہونی چاہئے۔ شکم پر پارے کامریم (mercurial ointment) لگانا ایک پرانا طریقہ علاج ہے۔ سیال کی زیادتی بزل کے ذریعہ نکالی جاسکتی ہے۔ لیکن سنگم شگافی اس سے بھی بہتر طریقہ ہے، کیونکہ اس سے سیال کے محدود المقام اجتماعات

خالی کئے جاسکتے ہیں۔ شحم برازی کا علاج غذا کی چربی کم کرنے سے کرنا چاہئے۔

باریطونی انصبابات اور مافیہا

(peritoneal effusions and contents)

کہف باریطونی کے اندر مائع انصبابات حسب ذیل ہوتے ہیں :- (۱) وہ مصلیٰ، مصلیٰ فائبرینی اور ریجی مائعات جو التهاب، یا باریطونی التهاب سے پیدا ہو جاتے ہیں خلجیت التهاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis)، یا عمومی التهاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis) یا کونکاٹو (Concato) کا مرض کے نام اُس حالت کو دئے گئے ہیں جن میں چار بڑی مصلی اغشیہ یعنی تار مور، پلیوراً اور باریطون میں سے دو یا زائد اغشیہ میں بیک وقت التهابات پیدا ہو جائیں۔ یہ ملازم تدرنی، بنتی سچی اور بنتی ریوی سرایت اور حاد ریشیت (acute rheumatism) میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کو پیک (Pick) کے مرض سے تمیز کرنا ضروری ہے (ملاحظہ ہو)۔ (۲) وہ مایعات جن کا انصباب مختلف الاقسام کبدی، قلبی یا کلوئی استسقا میں ہوتا ہے، اور وہ کیلوسی یا کیلوسٹی الشکل مایعات جو بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ (۳) وہ مایعات جو عروق یا دوسری متصلہ ساختوں کے انشقاق سے حاصل ہو جاتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ (۱) کہف باریطونی کے اندر خون پایا جائے جو ضرب کسی انورسما کے انشقاق، ترفی التهاب باریطون، ماسا رقی غدو کی سدادیت یا غلیقت، سرطانی بالیدوں میں عروق کے انشقاق، خارج الرحم حمل اور دوسری حالتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ (ب) ممکن ہے کہ جگر کے کیستی دوبرے کے انشقاق کے دوران میں، اور شاید مرارے کے انشقاق سے صفر باریطون کے اندر پہنچ جائے۔ (ج) ممکن ہے کہ کوئی سادہ یا متعجب کمیستی دوبرہ مشقوق ہو کر اپنے مافیہا کو باریطون کے اندر خارج کر دے۔ (د) ممکن ہے کہ پھوڑوں میں سے پیپ اور (۴) کھوکھلے شکلی احتسار میں سے کسی کے مافیہا ضرب یا مرض کی وجہ سے کہف باریطونی کے اندر چلے جائیں مثلاً معدے، آنتوں یا مثانہ وغیرہ کے مافیہا۔

باریطون میں فیبالیدیں

باریطون میں ایک عام ترین بالید سرطان ہے، جو اعضاء بالخصوص معد اور بیض کے مرض کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے۔ یہ بیشتر زیادہ عمر میں ہوا کرتا ہے اور چھپے مستدیر مطروحات کی شکل میں ہوتا ہے، جو سطح شکم کو ڈھانک لیتے ہیں، اور درنہ کی طرح یہ بھی ڈایا فرام پر اور کوکھوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ اس طرح شرب بھی دبیز اور در رینختہ ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر سرطان گرہیں سارے شکم پر ہو جائیں۔ چند اصابتوں میں کو لا ٹڈی سرطان (colloid carcinoma) ہو سکتا ہے۔ عموماً وافر مایع انصباب موجود ہوتا ہے (سرطانی التهاب باریطون carcinomatous peritonitis) اور اکثر اوقات اس کے ساتھ خون آمیز ہوتا ہے، جس سے انصباب کا رنگ بھورا، بھورا سرخ، بلکہ سرخ ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی سرطان کی گرہیں ناف کے گرد کی جلد میں محسوس ہوتی ہیں اور بن ران کے غدود اسی بالید سے در رینختہ ہو سکتے ہیں۔ کو لا ٹڈی سرطان کو نام نہاد کاذب مخاطی سلحہ باریطونی (pseudo-myxoma peritonei) سے تمیز کرنا چاہئے۔ جب کوئی عضو مثلاً زائدہ دودید، جو نازلتی التهاب سے ماؤف ہو پھٹ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون میں کے سوراخ میں سے مخاط باہر نکل کر بڑے بڑے تودے بنادے، جنہیں اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

420

مرض خبیث کی ایک دوسری شکل لحمی سلحہ ہے۔ یہ خلف الب باریطونی، بامنتوں، شرب، ماساریکا، یا رابطہ متعرض میں ہوتا ہے۔ خلف الب باریطونی مخاطی لحمی سلحہ (retroperitoneal myxo-sarcoma) نہایت بڑی رسولیا بنا سکتا، علامات۔ پہلے بیان کئے ہوئے مزمن التهاب باریطون کے علامات کے علاوہ ان کا انحصار اولی بالید کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔

انذار۔ قطعاً غیر امید افزا ہوتا ہے اور علاج کا انتشار یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف ہو، اور جب سیال بہت زیادہ ہو تو اسے خارجی طور پر نکال دیا جائے یا مسدود معاکیلے جراحی عمل کیا جائے۔ ممکن ہے کہ عمیق لاشعاعی علاج کا لحمی سلحہ پر مفید اثر پڑے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 A Rendle Short 1925 *Brit Med Journ*, 11., p. 254
- 2 A Bulleid 1931 *Guy's Hosp Rep*, 81, p 116
- 3 C B Henry 1930 *Lancet*, 11, p 35
1925 *British Dental Journ*, Dec 9th, p 60
- 4 H Lloyd Williams
- 5 R D Paterson, *Journ, Laryng*, pp 285
A Brown Kelly 289
- 6 P. P Vinson 1922 *Minnesota Medicine*, p 107
- 7 W W Payne and E P 1923 *Quart Journ Med*, 65, Poulton p 53
- 8 G W Rake 1926 *Guy's Hosp Rep*, 76, p 145
- 9 G W Rake 1927 *Guy's Hosp Rep*, 77, p 141
- 10 G L Scott 1922 *Lancet*, 11, p 988
- 11 A E Barclay 1922 *Lancet*, 11, p 261
- 12 J M H Campbell and 1924 *Guy's Hosp Rep*, 74, Bolton and Goodhart p 354
- 13 J J Conybeare 1922 *Lancet*, 1, p 420
- 14 Baird, Campbell and 1924 *Guy's Hosp Rep*, 74, Hern p 23
- 15 H D Rolleston 1896 *Trans Path Soc*, 47, p 37
- 16 A F Hurst 1914 *Quart Journ Med*, 8, p 300
- 17 T L Hardy 1929 *Lancet*, 1, p 711
- 18 H Maclean and 1928 *Journ Physiol*, 65, p W Griffiths 63
- 19 Morell Roberts 1930-31 *Quart Journ Med*, 24, p 133
- 20 Campbell, Mitchell, 1928 *Guy's Hosp Rep*, 78, Powell p 279
- 21 A F Hurst (Goulstonian Lectures) 1911 *The Sensibility of the Alimentary Canal Orf*

- 22 { W W Payne & E P 1927 *Journ Physiol*, 63, p
Poulton .. 217
E P Poulton 1928 *Lancet*, 11, pp 1223, 1277
- 23 W W Payne and E P 1928 *Journ Physiol* 65, p
Poulton 157
- 24 Meunier (L'etat dys 1924 Masson et Cie, Paris
peptique)
- 25 Sir B Bruce-Porter 1924 *Lancet*, 11, p 495
1922 *Quart Journ Med*, 15,
p 144
- 26 P C Conran
- 27 D P D Wilkie 1928 *Brit Med Journ*, 1,
p 481
- 28 D P D Wilkie 1922 *Brit Med Journ*, 11,
p 1219
- 29 D P D Wilkie 1933 *Brit Med Journ*, 1, p
771
- 30 D C M Ettles 1927 *Guy's Hosp Rep*, 77,
p 216
- 31 K Faber 1927 *Lancet*, 11, p. 901
- 32 J Sherrin 1924 *Lancet*, 1, p 477
- 33 K Faber 1922 *Lancet*, 1, p 65
- 34 A E Barclay 1929 *Lancet*, 11, p 1272
- 35 A E Barclay 1929 *Lancet*, 11, p 1322
- 36 A Bruce Maclean 1932 *Brit Med Journ*, 11,
p 1055
- 37 M J Stewart 1923 *Brit Med Journ*, Nov
24th and Dec 1st
- 38 J W McNee 1922 *Quart Journ Med*, 15,
p 215
- 39 T G Bonar 1924 *Lancet*, 11, p 261
- 40 A F Hurst, R. P 1926 *Guy's Hosp Rep*, 76,
Rowlands, etc p 156
- 41 E C Rosenow 1923 *Journ Infect Dis*, 32,
p 384
- 42 A F Hurst 1923 *Brit Med Journ*, 1, p
1074
- 43 J J Conybeare 1922 *Guy's Hosp Rep*, 72, p
174
- 44 Sir B Moynihan 1923 *Lancet*, 1, p 631
- 45 E I Spriggs and O A 1922 *Lancet*, 1, p. 725.
Marver
- 46 J Morley .. 1923 *Lancet*, 11, p. 823.

- 1923 *Brit Med Journ*, 1, p 579
- 47 G F Still
F N Reynolds 1921 *Lancet*, 11, p 891
- 48 H Tyrell Gray and
- 49 T I Bennett 1923 *Lancet*, 11, p 275
- 50 A F Hurst and
A Newton 1913 *Journ Physiol*, 47, p 57
- 51 T I Bennett, D Hunter & J M Vaughan 1932 *Quart Journ Med*, 1, p 603
- 52 Discussion on Summer Diarrhoea 1923 *Brit Med Journ*, 11, p 857
- 53 G Leighton (The Loch Maree Tragedy) 1923 W Collins, Sons & Co
- 54 W M Scott 1930 *Brit Med Journ*, 11, p 56
- 55 R E Smith 1931 *Lancet*, 11, p 925
- 56 T K Monro and
W W N Knox 1923 *Brit Med Journ*, 1, p 279
- 57 N L Lloyd 1925 *Guy's Hosp Rep*, 75, p 410
- 58 Z Cope 1924 *Lancet*, 1, p 121
- 59 E I Spriggs and
O A Maixner 1927 *Lancet*, 1, p 1067
- 60 H Hartmann 1922 *Lancet*, 1, p 307
- 61 R L Haden and
T C Orr 1923 *Journ Exp Med*, 37, p 365
- 62 B W Williams 1927 *Lancet*, 1, p 907
- 63 R St L Brockman 1927 *Lancet*, 11, p 317
- 64 A F Hurst (Essays, etc) 1924 Henemann, p 123, etc
- 65 J W McNee 1932 *Brit Med Journ*, 1, pp 1017, 1071
- 66 P H Whitaker, T B Davie, and F Murgatroid 1933 *Quart Journ Med*, 2, p 49
- 67 Mann 1927 *Medicine*, 6, p 419
- 68 A R Rich 1930 *Bull, Johns Hopkins Hosp*, 47, p 338
- 69 D R Drury and
P D McMaster 1929 *Journ Exp Med*, 50, p 569
- 70 J C Spence and
P C Brett 1921 *Lancet*, 11, p 1362

- 71 Y Akerran . 1934 *Experimental Changes in Liver Function, Upsala*
- 72 D T. Davies 1927 *Lancet*, 1, p 380
- 73 J W McNee 1922 *Brit Med Journ*, 1, pp 716, 783
- 74 M. Brule (Recherches sur les Icteres) 1924 Masson et Cie, Paris
- 75 W Morrell Roberts 1933 *Brit Med Journ*, 1, p 734
- 76 C Newman (Goulstonian Lectures) 1933 *Lancet*, 1, pp 785, 842, 896
- 77 G A Collinson and F S Fowweather 1926 *Brit Med Journ*, 1, p 108
- 78 Sir H Rolleston (Discussion on Degenerative Diseases of Liver) 1922 *Brit Med Journ*, 11, p 1055
- 79 C H Best 1934 *Lancet*, 1, p 1274.
- 80 Review on Syphilis 1923 *Med Sci*, 8, p. 182
- 81 P Rous, P D McMas ter and G O Brown 1923 *Lancet*, 1, p 449
- 82 D P. D Wilkie 1933 *Brit Med Journ.*, 11, p 767
- 83 T C Hunt 1933 *Lancet*, 11, p. 279.
- 84 B. B V Lyon 1920 *Amer Journ Med Sci*, 160, p 515
- 85 A Leitch 1924 *Brit Med Journ*, 11, p 451
- 86 J Mellanby 1926 *Lancet*, 11, p 215.
- 87 R Coope (Pancreatic Disease) 1927 London
- 88 J F Brailsford 1926 *Proc Roy Soc Med (Elect Therp Sect)* p 41
- 89 A Rollier 1922 *Brit Med Journ*, 11, p 741.
- 90 A C Hampson 1919 *Lancet*, 1, p 429.
- 91 H L Barnard 1910 *Contrib to Abdominal Surgery*, p. 335
- 92 A F Sladden 1922 *Lancet*, 11, p 68.
- 93 H C Edwards 1935 *Lancet*, 11, p. 1161.

خون طحال اور لٹمائی نظام کے امراض

امتحان خون

عرصہ ترویب - یہ تخمینیں دموتی پیش پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ گیس کا سریری موی ترویب سیلا (Gibb's clinical blood coagulometer) وہ آلہ ہے جس کی سفارش کی گئی ہے (۱) خون کے ایک قطرے کو ایک ملاطینم کے تار کے حلقہ کے گرد حرکت کرائی جاتی ہے اور جب ترویب واقع ہو جاتی ہے تو اس کی حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ جھین سے حاصل کئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصہ ترویب تقریباً ۸ تا ۱۰ ثانیہ تک مختلف ہوتا ہے (اوسط ۸ تا ۱۰ ثانیہ)۔ بعد کے قطروں کی ترویب کا وقت نسبتاً کم (۲۵ تا ۵۵ ثانیہ) ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ابتداءً بافتوں کے کوفتہ ہونے سے تھرومبوکائیس (thrombokinas) رہا ہوتا ہے لیکن بعد میں زخمی عروق میں لوجیس طرزی ہو کر زائد پروتھرومبین (prothrombin) پیدا کر دیتے ہیں (۲)۔ یہ غاٹات ایسے ہیں جن سے ترویب کی سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ خون اور قارورے کے بعض طبعی اجزائے ترکیبی کی اوسط قدریں۔

پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	سالم خون (حالت فاوکشی)	ایمینو ایڈناٹروجن
۶ گرام فی ۱۰۰ سی سی	۶ گرام فی ۱۰۰ سی سی	۶ تا ۳۰۰
۶۰۰	۶۰۰	۲۰۰ تا ۱۲۰
۱۰۰	۱۰۰	۸۰ تا ۱۰۰
۱	۵۰	۳ تا ۴
		۴ تا ۱۰

پیشاب	سالم خون	(حالت مازکشی)	(معمولی غذا دینے پر)
گرام ہر ۲۴ گھنٹہ میں ۳۰ - ۲	لی گرام فی اسی ۲۰۰۰	لی گرام فی ۱۰ اسی ۳۲ - ۱۹	یوریا
۱۰ تک	۶۰۰	پلازما	کلورین
۰.۶۹	۹۰	۳۸۳ - ۲۵۲ ۴۴۰ ۲۶۳۰ ۱۱۱، ۶۷ ۰۰۴ - ۰۱۲	البيون عکلا بیول اور فائبرینوجن البيون عکلا بیول نسبت فائبرینوجن غیر نامیاتی فاسفورس
۰.۵۳	۱۷ - ۱۵	مصل	کیلیسیم
۰.۵۱۶	۶	۹۱۶	میگنیشیم
۴ تک	۲۵۰ - ۲۰۰	۳۱۲	پوٹاشیم
۵ تک	۳۰۰	۱۹۱۵	سوڈیم
۲۶۳	۱۸۰	۳۳۵	قلوی معفوظ
۰.۵۲	۱۵	۵۳ - ۵۵ سی سی CO ₂	متا کد گندھک
۰.۵۲	۱۵	۱۶۱ - ۰.۵۵	غیر نامیاتی
		۱ - ۰.۵۱	ایتھری
		۳۱۵ - ۱۷۷	غیر متا کد گندھک

حاشیہ :-

خون میں امونیا بالکل نہیں ہوتی۔ پیشاب میں امونیا کی نائٹروجن مینو ایسڈ نائٹروجن سے بالعموم اگتا ہوتا ہے۔

423

عرصہ ادماء (bleeding time)۔ ایک چمچن کا خون ایک باؤب کاغذ سے بلا دباؤ ہر پاؤ یا ایک منٹ پر خشک کر لیا جاتا ہے۔ طبعی حالت میں ادماء ایک تا ۲ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے۔ لیکن مرض میں ممکن ہے کہ وہ تیس منٹ بلکہ کئی گھنٹوں تک اطالت پذیر ہو جائے۔

شرح تنفصل (sedimentation rate)۔ ایک تیشہ کی نلی میں جس کا قطر ۲ کم از کم ۲ ملی میٹر ہو، آگزیلیٹڈ یا سائٹریٹڈ (oxalated or citrated blood) کھینچ کر اسٹی بیئر بلند عمود بنا لیا جاتا ہے۔ طبعی شرح کہ جس سے جیمات تہ نشیں ہو جاتے ہیں، ایسی ہوتی ہے کہ نلی کی چوٹی پر پلازما کا ایک صاف عمود باقی رہ جاتا ہے، جس کی ناپ ۵ منٹ میں ۰.۴ سینٹی میٹر تک، ۳ منٹ میں ۰.۲ سینٹی میٹر اور ۶ منٹ میں ۰.۵ سینٹی میٹر ہوتی ہے۔ یہ تخمینہ ایک محضن میں ۳.۷ درجہ سینٹی گریڈ پر بہترین طور پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ ایک سریع شرح تنفصل سہرایت (مثلاً مرکزی عفونت) ظاہر کرتی ہے۔ لیکن عدم دمویت اور التهاب گردہ کو خارج از بحث کر لینا چاہئے۔

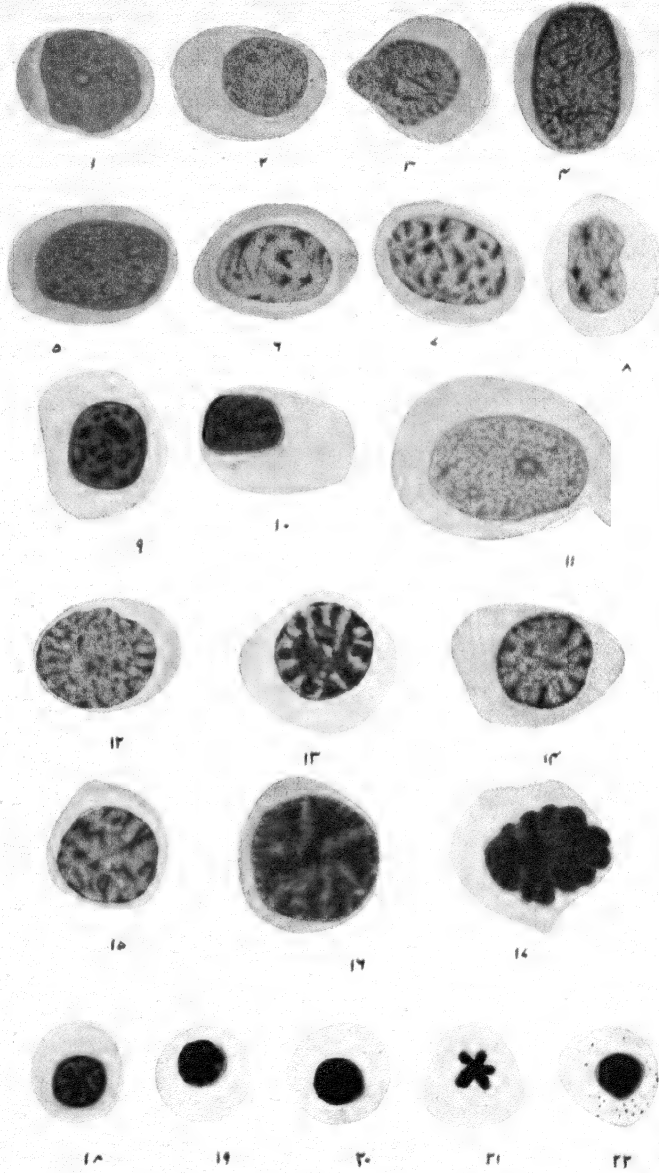
جیمات کی شکنائی (fragility of corpuscles)۔ بعض امراض میں سرخ جیمات کی شکنائی معمول کے نسبت زیادہ پائی گئی ہے، یہ الفاظ دیگر مترق سیالات سے دم پاشیدگی ہو جانے میں جیمات یا گلوبلینے نسبتہ کم مزاحمت ظاہر کرتے ہیں۔ اس کی تعین کے لئے چند کعب سینٹی میٹر خون کو آگزیلیٹ آف پوٹاسیئم کے ہم تنشی محلول (پوٹاسیئم آگزیلیٹ ۲۸ گرام، سوڈیم کلورائیڈ ۸ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ گرام) کے ساتھ ملا کر اس آمیزے کا انحصار کیا جاتا ہے اور پلازما کو بھٹکا کر لیا جاتا ہے اور جیمات کو سوڈیم کلورائیڈ کے ۰.۹ فی صدی محلول میں دھو کر پھر ان کا امتحان سوڈیم کلورائیڈ کے مختلف قوتوں کے محمولات کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ دھلے ہوئے طبعی سرخ جیمات ۰.۴۵ فی صدی سوڈیم کلورائیڈ میں خفیف دم پاشیدگی اور ۰.۳۵ فی صدی محلول میں کامل دم پاشیدگی ظاہر کرتے ہیں۔ اگر دم پاشیدگی زیادہ قوی محمولات کے ساتھ واقع ہو تو اس سے غیر معمولی طور پر بلند شکنائی ظاہر ہوتی ہے، جیسا کہ بے صفرا بولی یرقان میں ہوتا ہے۔

جیسات شمارری یا دموی شمار۔ یہ تھوما زلیس (Thoma-Zeiss) یا برکر زلیس (Burker-Zeiss) کے دموی خلیہ پیم (haemocytometer) سے عمل میں لایا جاتا ہے۔

اول الذکر ایک شیشہ کا شریکہ ہوتا ہے، جس میں ایک ”خانہ“ بنا ہوا ہوتا ہے جس کی گہرائی $\frac{1}{16}$ ملی میٹر ہوتی ہے اور چوڑائی تہ میں لکیروں کے ایسے مربعات رکھتا ہے جن کے اضلاع کی ناپ $\frac{1}{16}$ ملی میٹر ہوتی ہے۔ پھر یہ مربعات لکیروں کے ذریعہ گھر کر ۱۶، ۱۶ چھوٹے مربعات کے گروہوں میں گروہ بند ہوتے ہیں۔ ایک مخصوص طرز کے بنے ہوئے نالچہ میں خون کی ترقیق، ۱۰۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک، ایک مائع محلول (سوڈیم فاسفیٹ یا کلورائیڈ) سے کر لی جاتی ہے، جو جیسات کو مضرت نہیں پہنچاتا۔ اور پھر اس کا ایک قطرہ شریکہ پر کے ”خانہ“ کے اندر رکھ کر اس پر ایک پتلا شیشہ محفوظ رکھ دیا جاتا ہے۔ جیسات مربعوں کے اندر تہ نشیں ہو جاتے ہیں، جن میں سے ہر مربع بیسہم کعب ملی میٹر کے برابر ہوتا ہے۔ سولہ سولہ مربعوں کے کسی گروہوں میں سرخ جیسات شمار کر لئے جاتے ہیں اور ان کی مجموعی تعداد کو ۱۰۰ سے (جو ترقیق ہے) اور ۴۰۰ سے (جو ہر چھوٹے مربع پر کے سیال کا حجم ہے) ضرب دیا جاتا ہے، اور حاصل ضرب کو شمار کردہ چھوٹے مربعوں کی تعداد سے تقسیم کر دیا جاتا ہے، جس سے ایک کعب ملی میٹر کے اندر کے جیسات کی تعداد حاصل ہو جاتی ہے۔ برکر (Burker) کے آلہ میں جو تھوما زلیس کے آلہ سے بہتر ہے، شیشہ محفوظ کو سب سے پہلے شکنجوں کے ذریعہ سے جمالیا جاتا ہے اور پھر مرقق خون کو شعری کشش کے ذریعہ اندر داخل کیا جاتا ہے۔ برکر کا طریقہ ترقیق بھی بہت بہتر ہے، مگر یہ ابھی اس ملک (انگلستان) میں زیادہ مستعمل نہیں۔ ایک دوسرا نالچہ ۹ فی صدی ایسینک آئیڈ کے ساتھ، ۱۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک ترقیق کرنے کے لئے ہے، جس سے سرخ جیسات غیر مرنی ہو جاتے ہیں۔

سرخ جیسات کی تعداد فی کعب ملی میٹر ذکر کے لئے ۵۰۰۰۰۰ اور اناض

کے لئے ۵۰۰۰۰۰ سمجھی جاتی ہے۔ درحقیقت لندن میں ذکر کے لئے اوسط ۴۲۰۰۰۰ ہے، اور جولائی، کہ جس کے اندر تقریباً ۹ فی صدی طبی قسدریں واقع ہوتی ہیں۔



بڑے نواہ دار سرخ خلیات کی مختلف قسموں کی رنگین تصویر۔ نیچے کی قطاریں پانچ طبی ماہضات دکھائی دیتے ہیں۔ بہت سے خلیات میں متعدد الوان پسندی اور غیر ۲۳ میں نقطہ دار اساس پسندی ملاحظہ ہو۔ (ڈاکٹر ملے۔ پائینے نئے اندر اکلم اسکے چھاپنے کی اجازت عطا فرمائی ہے) رسالہ امراضیات و برٹومیات جلد ۲ دس جولائی ۱۹۲۳ء۔
(بالقلم صفحہ 428)

(۲۵ x معیاری انحراف) ۴۶۶۰۰۰۰ - ۶۱۹۰۰۰۰ ہے۔ اناٹ کے لئے اوسط ۵۰۱۰۰۰ اور جولائی ۳۱۲۰۰۰ - ۵۹۱۰۰۰ ہے۔

لندن میں مردوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۱۰۵ فی صدی ہے، جو کہ ۱۹۰۵ فی صدی کی بجائی گنجائش اور ۵۴ گرام ہیموگلوبن کے متناظر ہے۔ جولائی کے جس کے اندر ۹۰ فی صدی طبی نتائج واقع ہوتے ہیں (۲۵ x معیاری انحراف) ۱۱۵ تا ۱۱۰ فی صدی ہے۔ عورتوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۹۸ فی صدی اور جولائی ۸۷ - ۱۱۰ ہے۔ یہ بلند قدریں موٹروں کی وجہ سے کرہ ہوائی میں کاربن مانا کائیڈ پیدا ہونے کا نتیجہ ہیں۔

جب صبح کے وقت شمار کیا جائے تو سپید خلیات کی تعداد ۴۰۰۰ تا ۹۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہوتی ہے۔ اعظم تعداد ۱۲۰۰۰ دوپہر کے وقت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۲۷)۔

لوحیہ شماری - سوڈیم سائٹریٹ کے ۲۰۵ فی صدی محلول کا ایک قطرہ انگلی پر رکھ کر اس قطرے میں سے انگلی کو چھوایا جاتا ہے، جس سے خون اس قطرے میں پھیل جاتا ہے۔ مخلوط خون اور سائٹریٹ کا تازہ حالت میں خوردبین سے معائنہ کیا جاتا ہے اور شیشہ محافظ کے گرد ویسلیمن سے حلقہ بنا دیا جاتا ہے کہ وہ خشک نہ ہونے پائے۔ اگر سرخ خلیوں کی فی مکعب ملی میٹر تعداد معلوم ہو تو لویولا کی تعداد فلم کے اندر ان دونوں کی نسبت کی بنا پر متعین کی جاسکتی ہے۔ طبعی تعداد ۲۰۰۰۰ اور ۵۰۰۰۰ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

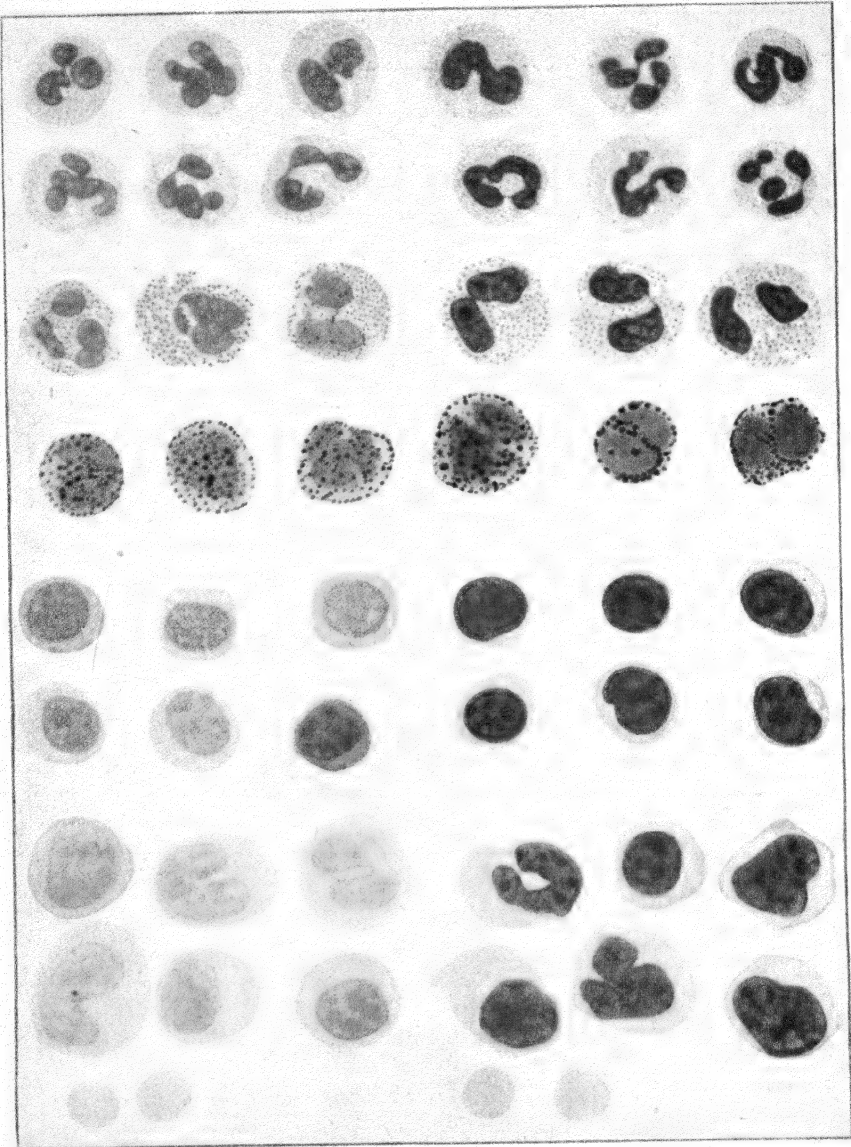
ہیموگلوبن کی تخمینیں - سریری اغراض کے لئے بالڈین کا ہیموگلوبن پیمائش استعمال کرنا بہترین ہے۔ اس میں دو انبوبات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک میں جو معیار ہے، طبعی خون کا ایک فی صدی محلول موجود ہوتا ہے جو کاربونیک آکسائیڈ (carbonic oxide) سے سیر شدہ اور سلیمانی ہر کے ذریعہ بند ہوتا ہے۔ دوسرا انبوبہ ۱۰۰ اور جوں میں تقسیم کیا ہوا ہوتا ہے اور اس میں خون کی ایک نالی ہوتی مقدار کی ترقیق کی جاتی ہے یہاں تک کہ اگر اس کو کولگیس سے سیر شدہ کیا جائے (جس سے تمام ہیموگلوبن کاربائیسی ہیموگلوبن CO-haemoglobin میں بدل

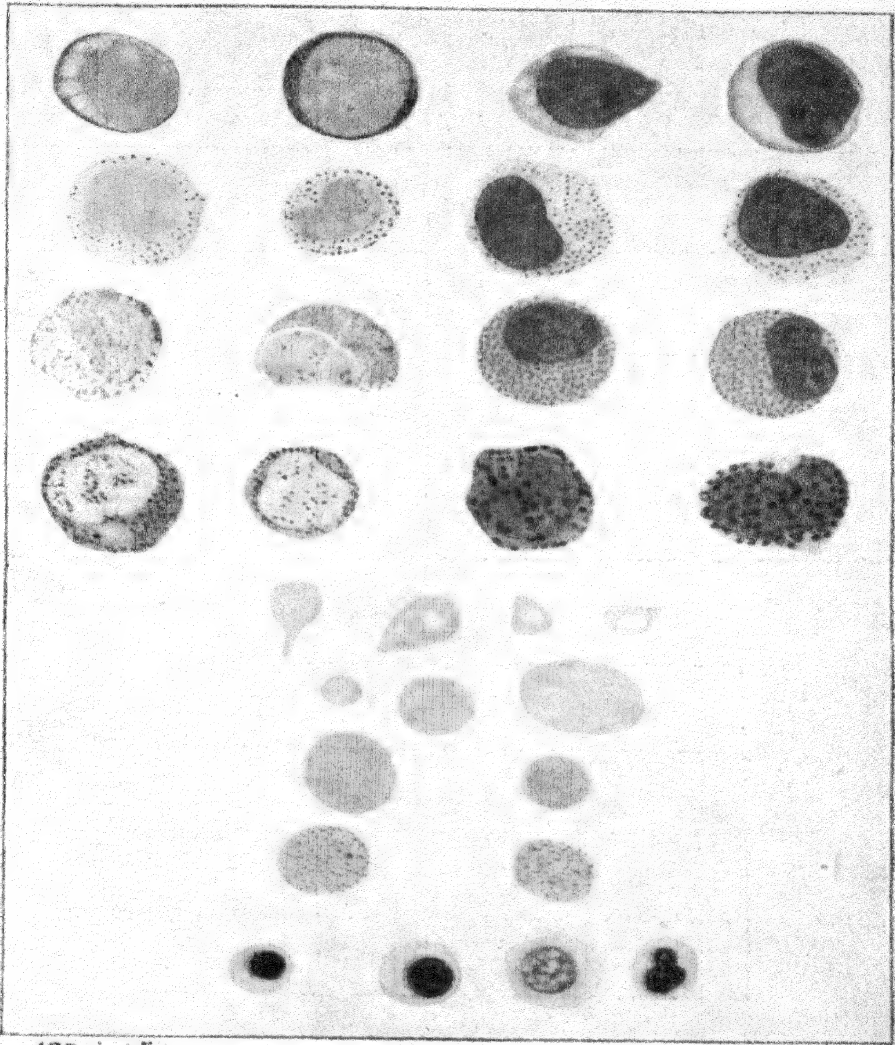
طبعی خون

لشمان کا رنگ

جغیر کا رنگ

	کثیر الاشکال نواتی سید علیات
	ایوسین پسند خلیے
	مستولی خلیے
	لمفی خلیے
	بڑے یک نواتی خلیے
	سرخ خلیے





غیر طبعی خون

425

نیشان کارنگ

جیمز کارنگ

لبی نامہضات	
فراقی	لبی نامہضات
ایسومین پند	لبی نامہضات
اساس پند	لبی نامہضات

جیمز کارنگ

بو قلموں خلویت
خلوی لاتادی
متحدہ الوان پذیری
نقطہ دار اساس پسندی
نواہ دار سفید ظلی

جاتی ہے، تو وہ معیار کے رنگ کا مقابلہ کرتا ہے۔ ایسی حالت میں پیمانہ پر کا وہ عدد کہ جہاں تک محلول پہنچا ہے، ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار ظاہر کرتا ہے۔ ڈیر (Dare) کے ہیموگلوبن پیماس کے پیمانہ کا معیار وہی ہے جو کہ ہالڈین کے آلہ کا ہے۔ لیکن دوسرے آلات کہ پیمانوں کا معیار اس سے مختلف ہوتا ہے۔ قوتہ نمائے لون (colour index) - مختلف دموی امراض میں جسامت کے اندر ہیموگلوبن کا ارتکاز کی قدر اختلاف ظاہر کرتا ہے۔ لیکن جسامت کی جسامت اس سے بہت زیادہ اختلاف ظاہر کرتی ہے۔ اگر انفرادی جسامت معمول کے نسبت چھوٹے ہوں تو ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار جسامت کی فی صدی تعداد کے مقابلہ میں کم ہوتی ہے۔ جسامت کی فی صدی تعداد کے ساتھ ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار کی اس نسبت کو لون کی قوتہ نما کہتے ہیں، اور اس لحاظ سے کہ غلیات معمول کے نسبت اوسطا چھوٹے یا بڑے ہیں کم یا زیادہ ہو سکتا ہے (8)۔ چنانچہ اس وقت جب کہ ہیموگلوبن ۱۰ فی صدی اور جسامت ۵ فی صدی ہوں تو لون کی قوتہ نما ۲ یا ۳ رہے۔ لندن میں مردوں کے لئے اوسط لون کی قوتہ نما ۹۔۹ اور جولائی ۸۹ء - ۶۔۶ رہا ہے، اور عورتوں کے لئے اوسط ۹۔۹ اور جولائی ۸۹ء - ۱۱۔۱ رہا ہے۔

جسامت کا خوردبینی امتحان۔ اگرچہ ایک بے رنگی ہوئی فلم سے سری تشخیص اکثر ہو سکتی ہے، تاہم معمولی طور پر رنگوں کو کام میں لانا چاہئے، مستلاً جینر (Jenner) یا لیشمان (Leishmann) کے رنگ - شبکی حنلیوں (reticulocytes) کے رنگنے کے لئے، کریسائل بلیو (cresyl blue) کے الکلی محلول کو ایک گرم شریحہ پر بھاپ اوڑا کر خشک کر لینا چاہئے۔ اس صنف کے ساتھ خون کا ایک قطرہ ملا لیا جاتا ہے۔ پھر اسے پھیلا کر خشک ہونے دیا جاتا، اور ایک روغن غرق عدسہ (oil immersion lens) کے ذریعہ اس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ مختلف جسامت اور مرض کی حالت میں کیے جا سکتے ہیں ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۷، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۰، ۴۱۱، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶، ۴۲۷، ۴۲۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۱، ۴۳۲، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۳۸، ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۲، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۴۷، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۴، ۴۵۵، ۴۵۶، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۱، ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۶، ۴۶۷، ۴۶۸، ۴۶۹، ۴۷۰، ۴۷۱، ۴۷۲، ۴۷۳، ۴۷۴، ۴۷۵، ۴۷۶، ۴۷۷، ۴۷۸، ۴۷۹، ۴۸۰، ۴۸۱، ۴۸۲، ۴۸۳، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۸۶، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۸۹، ۴۹۰، ۴۹۱، ۴۹۲، ۴۹۳، ۴۹۴، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۸، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۳، ۵۲۴، ۵۲۵، ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۳، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۳۷، ۵۳۸، ۵۳۹، ۵۴۰، ۵۴۱، ۵۴۲، ۵۴۳، ۵۴۴، ۵۴۵، ۵۴۶، ۵۴۷، ۵۴۸، ۵۴۹، ۵۵۰، ۵۵۱، ۵۵۲، ۵۵۳، ۵۵۴، ۵۵۵، ۵۵۶، ۵۵۷، ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۱، ۵۶۲، ۵۶۳، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۷۱، ۵۷۲، ۵۷۳، ۵۷۴، ۵۷۵، ۵۷۶، ۵۷۷، ۵۷۸، ۵۷۹، ۵۸۰، ۵۸۱، ۵۸۲، ۵۸۳، ۵۸۴، ۵۸۵، ۵۸۶، ۵۸۷، ۵۸۸، ۵۸۹، ۵۹۰، ۵۹۱، ۵۹۲، ۵۹۳، ۵۹۴، ۵۹۵، ۵۹۶، ۵۹۷، ۵۹۸، ۵۹۹، ۶۰۰، ۶۰۱، ۶۰۲، ۶۰۳، ۶۰۴، ۶۰۵، ۶۰۶، ۶۰۷، ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۰، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶، ۶۱۷، ۶۱۸، ۶۱۹، ۶۲۰، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۲۶، ۶۲۷، ۶۲۸، ۶۲۹، ۶۳۰، ۶۳۱، ۶۳۲، ۶۳۳، ۶۳۴، ۶۳۵، ۶۳۶، ۶۳۷، ۶۳۸، ۶۳۹، ۶۴۰، ۶۴۱، ۶۴۲، ۶۴۳، ۶۴۴، ۶۴۵، ۶۴۶، ۶۴۷، ۶۴۸، ۶۴۹، ۶۵۰، ۶۵۱، ۶۵۲، ۶۵۳، ۶۵۴، ۶۵۵، ۶۵۶، ۶۵۷، ۶۵۸، ۶۵۹، ۶۶۰، ۶۶۱، ۶۶۲، ۶۶۳، ۶۶۴، ۶۶۵، ۶۶۶، ۶۶۷، ۶۶۸، ۶۶۹، ۶۷۰، ۶۷۱، ۶۷۲، ۶۷۳، ۶۷۴، ۶۷۵، ۶۷۶، ۶۷۷، ۶۷۸، ۶۷۹، ۶۸۰، ۶۸۱، ۶۸۲، ۶۸۳، ۶۸۴، ۶۸۵، ۶۸۶، ۶۸۷، ۶۸۸، ۶۸۹، ۶۹۰، ۶۹۱، ۶۹۲، ۶۹۳، ۶۹۴، ۶۹۵، ۶۹۶، ۶۹۷، ۶۹۸، ۶۹۹، ۷۰۰، ۷۰۱، ۷۰۲، ۷۰۳، ۷۰۴، ۷۰۵، ۷۰۶، ۷۰۷، ۷۰۸، ۷۰۹، ۷۱۰، ۷۱۱، ۷۱۲، ۷۱۳، ۷۱۴، ۷۱۵، ۷۱۶، ۷۱۷، ۷۱۸، ۷۱۹، ۷۲۰، ۷۲۱، ۷۲۲، ۷۲۳، ۷۲۴، ۷۲۵، ۷۲۶، ۷۲۷، ۷۲۸، ۷۲۹، ۷۳۰، ۷۳۱، ۷۳۲، ۷۳۳، ۷۳۴، ۷۳۵، ۷۳۶، ۷۳۷، ۷۳۸، ۷۳۹، ۷۴۰، ۷۴۱، ۷۴۲، ۷۴۳، ۷۴۴، ۷۴۵، ۷۴۶، ۷۴۷، ۷۴۸، ۷۴۹، ۷۵۰، ۷۵۱، ۷۵۲، ۷۵۳، ۷۵۴، ۷۵۵، ۷۵۶، ۷۵۷، ۷۵۸، ۷۵۹، ۷۶۰، ۷۶۱، ۷۶۲، ۷۶۳، ۷۶۴، ۷۶۵، ۷۶۶، ۷۶۷، ۷۶۸، ۷۶۹، ۷۷۰، ۷۷۱، ۷۷۲، ۷۷۳، ۷۷۴، ۷۷۵، ۷۷۶، ۷۷۷، ۷۷۸، ۷۷۹، ۷۸۰، ۷۸۱، ۷۸۲، ۷۸۳، ۷۸۴، ۷۸۵، ۷۸۶، ۷۸۷، ۷۸۸، ۷۸۹، ۷۹۰، ۷۹۱، ۷۹۲، ۷۹۳، ۷۹۴، ۷۹۵، ۷۹۶، ۷۹۷، ۷۹۸، ۷۹۹، ۸۰۰، ۸۰۱، ۸۰۲، ۸۰۳، ۸۰۴، ۸۰۵، ۸۰۶، ۸۰۷، ۸۰۸، ۸۰۹، ۸۱۰، ۸۱۱، ۸۱۲، ۸۱۳، ۸۱۴، ۸۱۵، ۸۱۶، ۸۱۷، ۸۱۸، ۸۱۹، ۸۲۰، ۸۲۱، ۸۲۲، ۸۲۳، ۸۲۴، ۸۲۵، ۸۲۶، ۸۲۷، ۸۲۸، ۸۲۹، ۸۳۰، ۸۳۱، ۸۳۲، ۸۳۳، ۸۳۴، ۸۳۵، ۸۳۶، ۸۳۷، ۸۳۸، ۸۳۹، ۸۴۰، ۸۴۱، ۸۴۲، ۸۴۳، ۸۴۴، ۸۴۵، ۸۴۶، ۸۴۷، ۸۴۸، ۸۴۹، ۸۵۰، ۸۵۱، ۸۵۲، ۸۵۳، ۸۵۴، ۸۵۵، ۸۵۶، ۸۵۷، ۸۵۸، ۸۵۹، ۸۶۰، ۸۶۱، ۸۶۲، ۸۶۳، ۸۶۴، ۸۶۵، ۸۶۶، ۸۶۷، ۸۶۸، ۸۶۹، ۸۷۰، ۸۷۱، ۸۷۲، ۸۷۳، ۸۷۴، ۸۷۵، ۸۷۶، ۸۷۷، ۸۷۸، ۸۷۹، ۸۸۰، ۸۸۱، ۸۸۲، ۸۸۳، ۸۸۴، ۸۸۵، ۸۸۶، ۸۸۷، ۸۸۸، ۸۸۹، ۸۹۰، ۸۹۱، ۸۹۲، ۸۹۳، ۸۹۴، ۸۹۵، ۸۹۶، ۸۹۷، ۸۹۸، ۸۹۹، ۹۰۰، ۹۰۱، ۹۰۲، ۹۰۳، ۹۰۴، ۹۰۵، ۹۰۶، ۹۰۷، ۹۰۸، ۹۰۹، ۹۱۰، ۹۱۱، ۹۱۲، ۹۱۳، ۹۱۴، ۹۱۵، ۹۱۶، ۹۱۷، ۹۱۸، ۹۱۹، ۹۲۰، ۹۲۱، ۹۲۲، ۹۲۳، ۹۲۴، ۹۲۵، ۹۲۶، ۹۲۷، ۹۲۸، ۹۲۹، ۹۳۰، ۹۳۱، ۹۳۲، ۹۳۳، ۹۳۴، ۹۳۵، ۹۳۶، ۹۳۷، ۹۳۸، ۹۳۹، ۹۴۰، ۹۴۱، ۹۴۲، ۹۴۳، ۹۴۴، ۹۴۵، ۹۴۶، ۹۴۷، ۹۴۸، ۹۴۹، ۹۵۰، ۹۵۱، ۹۵۲، ۹۵۳، ۹۵۴، ۹۵۵، ۹۵۶، ۹۵۷، ۹۵۸، ۹۵۹، ۹۶۰، ۹۶۱، ۹۶۲، ۹۶۳، ۹۶۴، ۹۶۵، ۹۶۶، ۹۶۷، ۹۶۸، ۹۶۹، ۹۷۰، ۹۷۱، ۹۷۲، ۹۷۳، ۹۷۴، ۹۷۵، ۹۷۶، ۹۷۷، ۹۷۸، ۹۷۹، ۹۸۰، ۹۸۱، ۹۸۲، ۹۸۳، ۹۸۴، ۹۸۵، ۹۸۶، ۹۸۷، ۹۸۸، ۹۸۹، ۹۹۰، ۹۹۱، ۹۹۲، ۹۹۳، ۹۹۴، ۹۹۵، ۹۹۶، ۹۹۷، ۹۹۸، ۹۹۹، ۱۰۰۰، ۱۰۰۱، ۱۰۰۲، ۱۰۰۳، ۱۰۰۴، ۱۰۰۵، ۱۰۰۶، ۱۰۰۷، ۱۰۰۸، ۱۰۰۹، ۱۰۱۰، ۱۰۱۱، ۱۰۱۲، ۱۰۱۳، ۱۰۱۴، ۱۰۱۵، ۱۰۱۶، ۱۰۱۷، ۱۰۱۸، ۱۰۱۹، ۱۰۲۰، ۱۰۲۱، ۱۰۲۲، ۱۰۲۳، ۱۰۲۴، ۱۰۲۵، ۱۰۲۶، ۱۰۲۷، ۱۰۲۸، ۱۰۲۹، ۱۰۳۰، ۱۰۳۱، ۱۰۳۲، ۱۰۳۳، ۱۰۳۴، ۱۰۳۵، ۱۰۳۶، ۱۰۳۷، ۱۰۳۸، ۱۰۳۹، ۱۰۴۰، ۱۰۴۱، ۱۰۴۲، ۱۰۴۳، ۱۰۴۴، ۱۰۴۵، ۱۰۴۶، ۱۰۴۷، ۱۰۴۸، ۱۰۴۹، ۱۰۵۰، ۱۰۵۱، ۱۰۵۲، ۱۰۵۳، ۱۰۵۴، ۱۰۵۵، ۱۰۵۶، ۱۰۵۷، ۱۰۵۸، ۱۰۵۹، ۱۰۶۰، ۱۰۶۱، ۱۰۶۲، ۱۰۶۳، ۱۰۶۴، ۱۰۶۵، ۱۰۶۶، ۱۰۶۷، ۱۰۶۸، ۱۰۶۹، ۱۰۷۰، ۱۰۷۱، ۱۰۷۲، ۱۰۷۳، ۱۰۷۴، ۱۰۷۵، ۱۰۷۶، ۱۰۷۷، ۱۰۷۸، ۱۰۷۹، ۱۰۸۰، ۱۰۸۱، ۱۰۸۲، ۱۰۸۳، ۱۰۸۴، ۱۰۸۵، ۱۰۸۶، ۱۰۸۷، ۱۰۸۸، ۱۰۸۹، ۱۰۹۰، ۱۰۹۱، ۱۰۹۲، ۱۰۹۳، ۱۰۹۴، ۱۰۹۵، ۱۰۹۶، ۱۰۹۷، ۱۰۹۸، ۱۰۹۹، ۱۱۰۰، ۱۱۰۱، ۱۱۰۲، ۱۱۰۳، ۱۱۰۴، ۱۱۰۵، ۱۱۰۶، ۱۱۰۷، ۱۱۰۸، ۱۱۰۹، ۱۱۱۰، ۱۱۱۱، ۱۱۱۲، ۱۱۱۳، ۱۱۱۴، ۱۱۱۵، ۱۱۱۶، ۱۱۱۷، ۱۱۱۸، ۱۱۱۹، ۱۱۲۰، ۱۱۲۱، ۱۱۲۲، ۱۱۲۳، ۱۱۲۴، ۱۱۲۵، ۱۱۲۶، ۱۱۲۷، ۱۱۲۸، ۱۱۲۹، ۱۱۳۰، ۱۱۳۱، ۱۱۳۲، ۱۱۳۳، ۱۱۳۴، ۱۱۳۵، ۱۱۳۶، ۱۱۳۷، ۱۱۳۸، ۱۱۳۹، ۱۱۴۰، ۱۱۴۱، ۱۱۴۲، ۱۱۴۳، ۱۱۴۴، ۱۱۴۵، ۱۱۴۶، ۱۱۴۷، ۱۱۴۸، ۱۱۴۹، ۱۱۵۰، ۱۱۵۱، ۱۱۵۲، ۱۱۵۳، ۱۱۵۴، ۱۱۵۵، ۱۱۵۶، ۱۱۵۷، ۱۱۵۸، ۱۱۵۹، ۱۱۶۰، ۱۱۶۱، ۱۱۶۲، ۱۱۶۳، ۱۱۶۴، ۱۱۶۵، ۱۱۶۶، ۱۱۶۷، ۱۱۶۸، ۱۱۶۹، ۱۱۷۰، ۱۱۷۱، ۱۱۷۲، ۱۱۷۳، ۱۱۷۴، ۱۱۷۵، ۱۱۷۶، ۱۱۷۷، ۱۱۷۸، ۱۱۷۹، ۱۱۸۰، ۱۱۸۱، ۱۱۸۲، ۱۱۸۳، ۱۱۸۴، ۱۱۸۵، ۱۱۸۶، ۱۱۸۷، ۱۱۸۸، ۱۱۸۹، ۱۱۹۰، ۱۱۹۱، ۱۱۹۲، ۱۱۹۳، ۱۱۹۴، ۱۱۹۵، ۱۱۹۶، ۱۱۹۷، ۱۱۹۸، ۱۱۹۹، ۱۲۰۰، ۱۲۰۱، ۱۲۰۲، ۱۲۰۳، ۱۲۰۴، ۱۲۰۵، ۱۲۰۶، ۱۲۰۷، ۱۲۰۸، ۱۲۰۹، ۱۲۱۰، ۱۲۱۱، ۱۲۱۲، ۱۲۱۳، ۱۲۱۴، ۱۲۱۵، ۱۲۱۶، ۱۲۱۷، ۱۲۱۸، ۱۲۱۹، ۱۲۲۰، ۱۲۲۱، ۱۲۲۲، ۱۲۲۳، ۱۲۲۴، ۱۲۲۵، ۱۲۲۶، ۱۲۲۷، ۱۲۲۸، ۱۲۲۹، ۱۲۳۰، ۱۲۳۱، ۱۲۳۲، ۱۲۳۳، ۱۲۳۴، ۱۲۳۵، ۱۲۳۶، ۱۲۳۷، ۱۲۳۸، ۱۲۳۹، ۱۲۴۰، ۱۲۴۱، ۱۲۴۲، ۱۲۴۳، ۱۲۴۴، ۱۲۴۵، ۱۲۴۶، ۱۲۴۷، ۱۲۴۸، ۱۲۴۹، ۱۲۵۰، ۱۲۵۱، ۱۲۵۲، ۱۲۵۳، ۱۲۵۴، ۱۲۵۵، ۱۲۵۶، ۱۲۵۷، ۱۲۵۸، ۱۲۵۹، ۱۲۶۰، ۱۲۶۱، ۱۲۶۲، ۱۲۶۳، ۱۲۶۴، ۱۲۶۵، ۱۲۶۶، ۱۲۶۷، ۱۲۶۸، ۱۲۶۹، ۱۲۷۰، ۱۲۷۱، ۱۲۷۲، ۱۲۷۳، ۱۲۷۴، ۱۲۷۵، ۱۲۷۶، ۱۲۷۷، ۱۲۷۸، ۱۲۷۹، ۱۲۸۰، ۱۲۸۱، ۱۲۸۲، ۱۲۸۳، ۱۲۸۴، ۱۲۸۵، ۱۲۸۶، ۱۲۸۷، ۱۲۸۸، ۱۲۸۹، ۱۲۹۰، ۱۲۹۱، ۱۲۹۲، ۱۲۹۳، ۱۲۹۴، ۱۲۹۵، ۱۲۹۶، ۱۲۹۷، ۱۲۹۸، ۱۲۹۹، ۱۳۰۰، ۱۳۰۱، ۱۳۰۲، ۱۳۰۳، ۱۳۰۴، ۱۳۰۵، ۱۳۰۶، ۱۳۰۷، ۱۳۰۸، ۱۳۰۹، ۱۳۱۰، ۱۳۱۱، ۱۳۱۲، ۱۳۱۳، ۱۳۱۴، ۱۳۱۵، ۱۳۱۶، ۱۳۱۷، ۱۳۱۸، ۱۳۱۹، ۱۳۲۰، ۱۳۲۱، ۱۳۲۲، ۱۳۲۳، ۱۳۲۴، ۱۳۲۵، ۱۳۲۶، ۱۳۲۷، ۱۳۲۸، ۱۳۲۹، ۱۳۳۰، ۱۳۳۱، ۱۳۳۲، ۱۳۳۳، ۱۳۳۴، ۱۳۳۵، ۱۳۳۶، ۱۳۳۷، ۱۳۳۸، ۱۳۳۹، ۱۳۴۰، ۱۳۴۱، ۱۳۴۲، ۱۳۴۳، ۱۳۴۴، ۱۳۴۵، ۱۳۴۶، ۱۳۴۷، ۱۳۴۸، ۱۳۴۹، ۱۳۵۰، ۱۳۵۱، ۱۳۵۲، ۱۳۵۳، ۱۳۵۴، ۱۳۵۵، ۱۳۵۶، ۱۳۵۷، ۱۳۵۸، ۱۳۵۹، ۱۳۶۰، ۱۳۶۱، ۱۳۶۲، ۱۳۶۳، ۱۳۶۴، ۱۳۶۵، ۱۳۶۶، ۱۳۶۷، ۱۳۶۸، ۱۳۶۹، ۱۳۷۰، ۱۳۷۱، ۱۳۷۲، ۱۳۷۳، ۱۳۷۴، ۱۳۷۵، ۱۳۷۶، ۱۳۷۷، ۱۳۷۸، ۱۳۷۹، ۱۳۸۰، ۱۳۸۱، ۱۳۸۲، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴، ۱۳۸۵، ۱۳۸۶، ۱۳۸

(megalocytes) جن کا قطر مہالہ اکثر ہوتا ہے۔ سرخ جسیمات کی جسامت کی عدم سلاط کو خلوی لا تساوی (anisocytosis) کہتے ہیں۔ مزید برآں بد شکل، موج، اکثر ناش پاتی نما جسیمات ہوتے ہیں، جن کو بوقلموں خلیات (poikilocytes) کہتے ہیں۔ جسیمات کے ٹکڑوں کو شقوقی خلیے (schizocytes) کہتے ہیں۔ نواسہ دار سرخ غلیوں (ناہضات احمر = erythroblasts) کی تقسیم ان کی جسامت کے لحاظ سے ناہضات طبعی (normoblasts)، خورد ناہضات (microblasts)، کبیر ناہضات (megablasts) میں کی گئی ہے، اور بوقلموں ناہضات (poikiloblasts) بھی واقع ہوتے ہیں۔

نوات دار سرخ خلیے طبعی طور پر لب عظام میں ہوتے ہیں۔ خون کے اندر ان کی موجودگی سے لب عظام میں ان کی زیادہ پیدائش ظاہر ہوتی ہے۔

ناہضات احمر کے انشقاق سے آزاد نوات دیکھے جاسکتے ہیں۔ شبکی خلیے (reticulocytes) وہ سرخ خلیے ہیں، جن میں ایک اساس پسند شبکہ موجود ہوتا ہے۔

وہ تلف عدم دمویت کی شفا یابی کے ابتدائی درجے میں دیکھنے میں آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۶ ب، صفحہ 438)۔ منہجہ دالوان پلیدی (polychromasia) شبکی

خلویت کے لئے ایک دوسرا نام ہے۔ نقطہ اساس پسندی (punctate basophilia) یا سرخ غلیوں کی داغ داری (stippling) بھی اس سے ملتی جلتی

حالت ہے، جس پر رصاصی تسمم (lead poisoning) کے تحت مزید غور کیا گیا ہے۔ امرا الخلیہ (metocyte) واد ناہض کبیر (megablast) ہے، جس کا نوات

بالواسطہ انقسام کے امارات ظاہر کرتا ہے۔

سپیڈ خلیا (leucocytes)۔ سپید خلیے جن کی کئی اقسام ہیں، دو گروہوں میں منقسم ہیں: (۱) ذاتی

خلیے جنکو بعض اوقات سفید گوں (leucoid) یعنی کثیر الاستعمال لوانی

(polymorphonuclear) خلیے کہتے ہیں، جن کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ

قبول کرنے والے چھوٹے ذرات ہوتے ہیں اور جن کا متغیر نوات ہوتا ہے۔ ایوسیلین

پسند (eosinophil) خلیے، جن میں موٹے ذرات اور نعل کی شکل کا نوات ہوتا ہے۔

اور مستولی خلیات (mast cells) جن کے ذرات ارغوانی رنگ قبول کرنے والے

اور نوات خفیف طور پر آس پاس پسند ہوتا ہے۔ (۲) غیر ذراتی، یا لمف آس پاس (lymphoid) خلیے، یعنی چھوٹے اور بڑے لمفی خلیے (lymphocytes) جن کا نوات چھوٹا، گول، قوی طور پر آس پاس پسند ہوتا ہے اور خلیہ مایہ تھوڑا جو صرف خفیف سارنگ قبول کرتا ہے اور بڑے یاٹ نواتی (large mononuclear) یا راجا جی خلیے (hyaline cells) یا یاٹ نواتی خلیے (monocytes) جیسا کہ اب عموماً اُن کو کہتے ہیں، جن کا نوات اور خلیہ مایہ خفیف سارنگ قبول کرتا ہے۔ بعض اوقات ان خلیوں میں ایک نعل کی شکل کا نوات ہوتا ہے، اور چونکہ یہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں اور لمف آس خلیوں کی درمیانی کڑی سمجھے جاتے ہیں، لہذا ان کو برزخی خلیات (transitional cells) کہتے ہیں، لیکن یہ سمجھنا صحیح نہیں ہے، لہذا اس اصطلاح سے احتراز لازم ہے۔ ایک نواتی خلیوں کو کلاں آکلات (macrophages) بھی کہتے ہیں، اور کثیر الاشکال خلیوں کو خود آکلات (microphages) بھی کہتے ہیں۔ ایوسین پسند خلیے بھی اکال خلیات ہوتے ہیں۔ یہ سب خلیے آبیانی حرکت ظاہر کرتے ہیں۔ تفریقی شمار کو فی صدی کے طور پر ہر گز ظاہر نہیں کرنا چاہئے، بلکہ ہمیشہ یہ بتلانا چاہئے کہ ایک مخصوص قسم کے خلیہ کی فی کعب ملی میٹر کیا تعداد ہے، اور اسی واسطے سپید خلیوں کا مجموعی شمار بھی خون کے اُسی نمونہ پر سے کرنا چاہئے، جو تفریقی شمار کے لئے کام میں لایا گیا ہے۔ کثیر الاشکال خلیوں اور لمفی خلیوں کے اختلاف کی وجہ سے سپید خلیوں کے روزانہ دوتہ و جزر ہوا کرتے ہیں۔ اُن کی اقل تعدادیں ۱۰ بجے صبح ۱۲ بجے دن اور ۹ بجے شب سے ۱۱ بجے رات تک ہوا کرتی ہیں۔ اور اعظم تعدادیں ایک بجے دن سے ۵ بجے شام تک اور ۱۱ بجے رات سے ۵ بجے صبح تک ہوا کرتی ہیں۔ ان کا غذا سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ اسی واسطے اُن کا وقت ہمیشہ نوٹ کر لینا چاہئے۔

تفریقی شمار (بالغ مرد، ۲۰ تا ۴۰ سال)

تعداد فی کعب ملی میٹر
۱۰۰ بجے صبح - دوپہر
اعظم اقل اعظم
۱۰۰ ۲۰۰ ۳۰۰

تفریقی ناپ فی صدی

کثیر الاشکال نواتی خلیے ۱۰ تا ۱۵ ملل ۵۰-۷۰

تقریباً پانچ فی صدی تعداد فی مکعب ملی میٹر

(۱۰ تا ۱۵ بجے صبح - دوپہر)

اعظم - اقل - اعظم

۱۲۳۷ مل ۲۰-۲۵ ۳۰۰۰ ۱۵۰۰ ۲۳۰۰

لمفی خلیے

۲۰ تا ۲۵ مل ۲-۵ ۶ ۲۰

یک نواتی خلیے

۱۳ تا ۱۵ مل ۲-۶ ۲۰ ۲۰

ایوسین پسند خلیے

۱۲ تا ۱۵ مل چند ۱۰۰

مستولی خلیے

طبی تعریفی شمار کے حدود ۵۰ شماروں کے ان اعداد سے مستط کئے گئے ہیں جو کہ یرویسروٹاؤٹا نے ازراہ کرم ارسال فرمائے ہیں۔

بعض امراض میں خون کے اندر غیر طبی سپید خلیات پائے جاتے ہیں۔ اولاً ان خطا یافتہ خلیے ہوتے ہیں جن کے خلیہ مایہ میں خالیے ہوتے ہیں اور جن کے نواتوں کی تلویں ٹھیک طور پر نہیں ہوتی۔ دوم، مختلف غیر پختہ خلیے ہوتے ہیں جو لب غظام سے ماخوذ ہوتے ہیں اور جو عموماً لٹی خلیوں (myelocytes) کے نام سے مشہور ہیں۔ لٹی ناھض (myeloblast) ایک بڑا اولی خلیہ (۱۰-۲۰ مل) ہے جو لب غظام کے عفرتی خلیے سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کا نوات بڑا ہوتا ہے، خفیف سارنگ قبول کرنے والا ہوتا ہے اور ایک گہرا رنگ قبول کرنے والے خلیہ مایہ کے بند سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ بعد لٹی ناھض (metamyeloblast) جو اس کے بعد کا درجہ نمونہ ہے، سابق الذکر خلیہ سے مشابہ ہوتا ہے، لیکن اس کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے رقبے ہوتے ہیں۔ پھر (۱) ذراتی لٹی خلیہ (granular myelocyte) ہوتا ہے جس میں خلیہ مایہ کثیر الاشکال نواتی خلیہ کے خلیہ مایہ سے مشابہ ہوتا ہے، اور (۲) ایوسین پسند لٹی خلیہ (eosinophil myelocyte) ہوتا ہے جس کے ذرات موٹے اور ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے ہوتے ہیں۔ یہ تمام خلیے تقریباً یکساں جماعت کے ہوتے ہیں۔ ذراتی لٹی خلیہ، کثیر الاشکال نواتی خلیہ بن جاتا ہے، اور ایوسین پسند لٹی خلیہ موٹے ذرات والا ایوسین پسند خلیہ بن جاتا ہے۔ ان کے علاوہ

اساس پسند لبتی خلیے (basophil myelocytes) ہوتے ہیں جن سے متولی خلیات پیدا ہو جاتے ہیں۔ لبتی ناہض (myeloblast) لمفی خلیہ بھی پیدا کر دیتا ہے اور اس میں برزخی درجے یہ ہیں :- لمفی لبتی خلیہ (lymphomyelocyte) جو نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے، لیکن جس میں اسی قسم کا فوات باقی رہتا ہے جیسا کہ لمبی ناہض میں ہوتا ہے اور پیش لمفی خلیہ (prolymphocyte) جس میں فوات گہرا اساس پسند رنگ قبول کرتا ہے۔ یہ خلیہ منقسم ہو کر لمفی خلیہ کو پیدا کر دیتا ہے۔

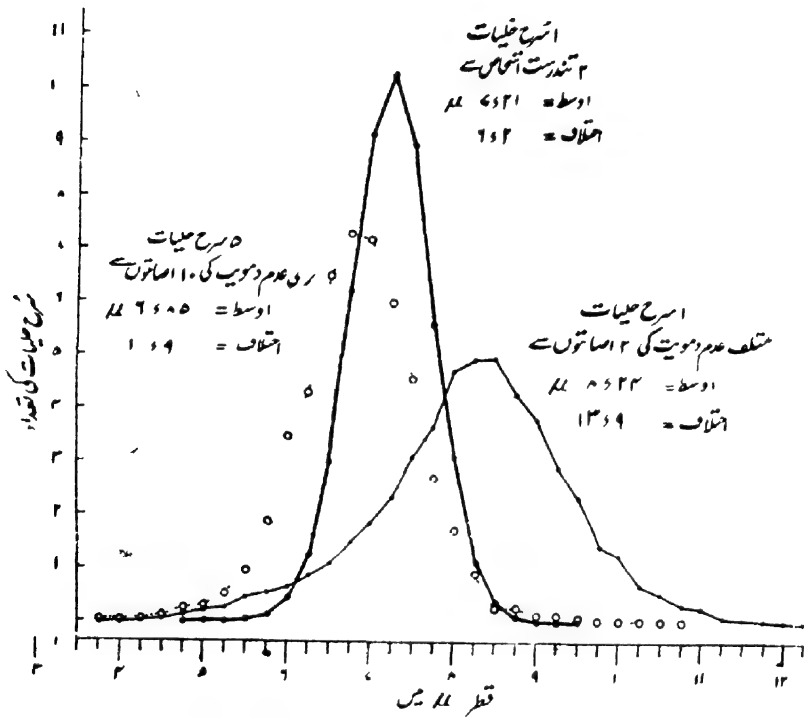
خون کے ذراتی خلیے (یعنی کثیر الاشکال نواتی، ایوسین پسند اور متولی خلیے مع اپنے پیشروؤں کے ایک اصطلاح سفید گوں خلیات کے تحت جمع کئے گئے ہیں۔ اس کے مقابلہ میں غیر ذراتی خلیات (یعنی لمفی خلیہ اور بڑا ایک نواتی خلیہ) اور ان کے پیش رو ملف آسا خلیات (lymphoid cells) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔

مزمن تپش میں بعض اوقات سپید خلیوں میں چربی موجود ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ اسی حالت میں ان سے آیوڈینی تعامل (iodine reaction) حاصل ہو جو گلاؤکو جن (glycogen) کی علامت ہے۔ اس کو بتلانے کے لئے خون کی فلموں کو پینڈمنٹ کے لئے ایک شیش کی ڈاٹ بوتل میں رکھ دیا جاتا ہے جس میں آیوڈین کی قلمیں موجود ہوتی ہیں۔ پھر ان فلموں کا تراکب لیوئیولوس (laevulose) کے پیرشڈ محلول میں کر دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے پر گلاؤکو جن ایک گہرا جھاگنی بھورا رنگ ظاہر کرتی ہے۔

آسرنٹھ (Ameth) کا شمار۔ یہ طریقہ کہ جس کو شانگ (Schilling)

نے سادہ تر بنا دیا ہے، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی عمر دریافت کرتا ہے۔ ذراتی لبتی خلیات، یا نو عمر خلیے میں واحد گول فوات ہوتا ہے۔ اس کے بعد مختلف قسم کے بعد لبتی خلیات آتے ہیں۔ سب سے پہلے وہ کہ جن میں ضعیف سی تسین ہوتی ہے، پھر وہ کہ جن میں اس سے بڑی تسین ہوتی ہے اور آخر میں وہ کہ جن میں تسین اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ ایک نعل ظہور میں آتی ہے [یہ پسند ہوا تسین (band forms) کہلاتی ہیں]۔ وہ تمام خلیات جو ۲، ۳، ۴، ۵ یا ۶ لختوں میں تقسیم ہوں جو کہ ریشٹکوں کے ذریعہ جڑے ہوئے ہوں، پختہ کثیر الاشکال نواتی خلیات

کہلاتے ہیں۔ طبی حالات میں لہجی خلیات بالکل نہیں ہوں گے، اور کثیر الاشکال فوتی خلیات میں سے ۱۰ فی صدی تعداد بعد لہجی خلیات کی ہوگی۔ عفونی حالتوں میں جب کہ لب العظام پر بار پڑتا ہے، نو عمر قسمیں تعداد میں بڑھ جاتی ہیں، گو کہ سپید خلیات کی مجموعی تعداد زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ مثلاً ایک عفونی حالت میں لہجی خلیات اور نو عمر قسمیں ۲۵ فی صد تک



تشکل ۵۲۔ پرائس جونس کا دوسری خلیہ کی توزیع کا مخفی داس کے بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو۔

اور بند نما قسمیں ۲۵ فی صدی تک بڑھ سکتی ہیں، اور کامل تکوین یافتہ خلیات ۵۰ فی صدی تک گھٹ سکتے ہیں۔ یہ نام نہاد حرکت الی ایسا ہے، اور اس کے معنی یہ ہیں کہ انداز زیادہ تشویشناک ہو جاتا ہے۔

پرائس جونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا منحنی (Price-Jones blood cell distribution curve)۔ پہلے بتلایا گیا ہے کہ لونی قوت نما سے حیات کی اوسط جسامت کا اندازہ ہوتا ہے، لیکن اس سے انفرادی جسامت کی جسامت کے تغیر کے متعلق کوئی معلومات نہیں حاصل ہوتے۔ آخر الذکر تشخیص میں مفید ہو سکتا ہے، اور اسکی تعیین کا یہ طریقہ ہے کہ ایک رنگی ہوئی فلم میں ۳۰۰۰ کی تکبیر کے تحت ۵۰۰ یا زائد بیج غلیوں کی پیمائش دو قطروں میں کر کے اس کا اوسط لے لیا جائے (۵)۔ نتائج کو پرائس جونس کے دموی منحنی کی شکل میں ظاہر کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۲) اس کی چوٹی خلیہ کی اس جسامت کو ظاہر کرتی ہے جو نہایت کثیر الوقوع ہے، اور اس کے صعودی اور زیدی حصے کے مابین جو فاصلہ ہے وہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ باقی ماندہ خلیے اس جسامت سے کس قدر قریب ہوتے ہیں۔ طبی غلیوں کا اوسط قطر ۷.۲ ملد ہوتا ہے اور تمام خلیہ زیادہ تر ایک ہی جسامت کے ہوتے ہیں۔ نرف کے باعث پیدا ہونے والی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبت کم اور تغیر نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ ایڈین کی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبت زیادہ، اور تغیر بہت بڑا ہوتا ہے۔

طریقہ تقسیمہ - ہیموگلوبن کی قلت جس کے ساتھ سرخ خلیوں کی کمی ہو یا نہ ہو، عدم دمویت (anaemia) کہلاتی ہے، جو اس وقت جب کہ خون کی تکوین ناقص ہو غیر نکلون الدموی (anæmopoietic) اور اس وقت جب کہ خون کا اتلاف بہت زیادہ ہو اتلاف الدموی (hæmolytic) کہلاتی ہے۔ عدم دمویوں کو خرد خلوی (microcytic) اور کلاں خلوی (macrocytic) بھی کہا جاتا ہے۔

بھی کہا جاتا ہے۔ قلیل اللون (hypochromic) یا کثیر اللون (hyperchromic) کی اصطلاحات رنگی ہوئی فلم میں غلیہ کے رنگ کی طرف اشارہ کرتی ہیں، لیکن مختلف مصنفین ان کو دوسرے معنوں میں استعمال کرتے ہیں (یعنی پست یا بلند لونی قوت نما کے مترادفات کے طور پر) اور بعض اوقات ایک ہی مصنف ان کو ایک سے زیادہ معنوں میں استعمال کرتا ہے۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو خرد خلوی عدم دمویت قلیل اللون اور کلاں خلوی عدم دمویت کثیر اللون ہوتی ہے۔ سپید جسامت کی کمی قلت جسامت سفید (leucopenia) کہلاتی ہے جو

دیرینہ جیمیات میں واقع ہو جاتی ہے۔ غیر ذماتی خلویت (agranulocytosis) ذماتی خلیات کی قلت ہے۔

ہیموگلوبن اور سرخ جیمات کی زیادتی، کثرتِ ظلیا امر (polycythæmia rubra) احمر دمویت (erythræmia) احمر ظلویت (erythrocytosis) کہلاتی ہے۔

سپیہ جیمات کی زیادتی بیض دمویت (leukæmia) سفید ظلیہ دمویت (leucocythæmia) ابیض خلویت (leucocytosis) کہلاتی ہے۔

سپیہ خلیوں کے مختلف اشکال کی زیادتی لمفی بیض دمویت (lymphatic leukæmia) لمبی خلوی بیض دمویت (myelocytic leukæmia) ایوسین پسندی (eosinophilia) کہلاتی ہے۔

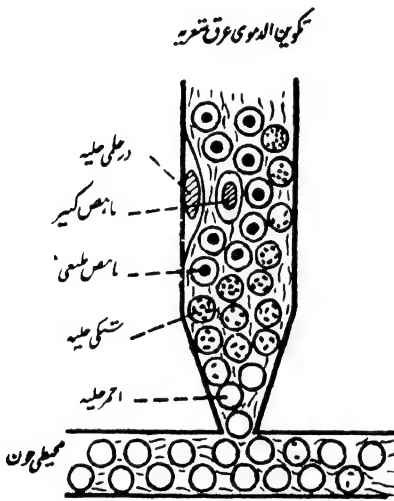
غیر تکوین الدموی (قلتی) عدم دمویت

(ANHÆMOPOIETIC (DEFICIENCY) ANÆMIA)

دورانی خون کے اندر کی ہیموگلوبن کی مقدار اور سرخ جیمات کی تعداد کو انحصار زیادہ تر تکوین دم اور اتلاف دم کے دو اعمال کے درمیان توازن پر موقوف ہے۔ طحال، اتلاف خون کا ایک عضو ہونے کے علاوہ دموی خلیات کے لئے ایک مخزن کا کام بھی دیتی ہے، اسی وجہ سے وہ سریع عارضی تغیرات کا باعث ہو سکتی ہے۔ لیکن چونکہ خون کے مجموعی حجم کی پیمائش کرنا موجودہ زمانہ میں عملی سرسری دستور العملی تحقیق نہیں ہے، لہذا سرخ جیمات یا ہیموگلوبن کی مجموعی مقدار کی تعین نہیں کی جاتی بلکہ صرف ان کا ارتکاز دیکھا جاتا ہے۔ سرخ خلیات، اور ان کے پیشرووں کو ایک بافت تصور کیا جاتا ہے جو کہ نسبیج احمر (erythron) کہلاتی ہے۔

امراضیات۔ سرخ خلیات، سرخ لب عظام کے تکوین الدموی عروق شریہ میں بنتے ہیں، جیسا کہ شکل ۵۳ (14) میں خاکہ کے طور پر دکھایا گیا ہے۔ اگر یہ عمل اپنے سب سے ابتدائی درجہ میں رک جائے، تو غیر تکوینی عدم دمویت ظہور میں آتی ہے۔

ناہض کبیر سب سے زیادہ اولین سرخ خلیہ ہے۔ اس کے مزید نشو و نما کے لئے ایک "دموی جوہر" کی ضرورت ہے، جو کہ معدہ میں اور غالباً اثنا عشری میں بھی دو عاتوں سے طبعی طور پر بنتا ہے (۱) ایک انزیم جو کہ کاسل (Castle) کا "ڈرونی عامل" کہلاتا ہے، اور توانی غد میں اور شاید اثنا عشری میں برنر (Brunner) کے غد میں تیار ہوتا ہے اور (۲) کاسل کا "برونی عامل" مثلاً وہ جو کہ گائے کے گوشت اور خصوصاً لہن میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اگرچہ گوشت پر مشتمل غذا ایڈلین (Addison) کی کبیر خلوی عدم دمویت



شکل ۵۲ - نیسج احمر کی خاک نما ترسیم

یعنی متلف عدم دمویت کو اچھا نہیں کر سکتی، تاہم اگر اس گوشت کو طبعی انسانی معدہ میں ایک گھنٹہ تک مضغ کیا جائے اور پھر نکال کر متلف دمویت کے مریض کو دیا جائے، تو وہ شفا یاب ہو جاتا ہے۔ چنانچہ صحت مند معدی انضمام ایک نائٹرو جینی مادہ کو پیدا کرتا ہے۔ اور یہ ایک دموی جوہر ہے جو کہ پروٹین کے ٹوٹ جانے سے پیدا ہوتا ہے، اور معمولاً جگر اور گردوں میں ذخیر ہوتا ہے، اور طبعی سرخ خلیات کی تکوین کے لئے ضروری ہے۔ متلف عدم

دمویت میں یہ اس لئے نہیں بنتا کہ التهاب معدہ کی وجہ سے خیر کی قلت ہوتی ہے۔ اس دموی جوہر کے بغیر دموی جسموں کا نشو و نما کبیر ناہضی درجہ پر رک جاتا ہے۔ لب عظام میں کبیر ناہضی رد عمل ہوتا ہے، اور اس میں خلیات ٹھس کر بھرے ہوتے ہیں، اور ایک کبیر خلوی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لوہا، تانبے کا ایک شائبہ حیاتین ج اور تھائراکسن (thyroxin) یہ تمام طبعی تکوین خون کے آخری درجہ کے لئے ضروری ہیں جو کہ شبکی خلویت کے برزخی درجہ کے بعد آتا ہے، اور ان کے بغیر لب عظام میں طبعی

ناہضی رد عمل واقع ہوتا ہے اور ایک خرد خلوی عدم دمویت پیدا ہوتی ہے۔ کبریاہی اور طبعی ناہضی رد عمل اسی مرض میں تبادل کر سکتے ہیں۔ وہ ظاہر کرتے ہیں کہ تکون خون ہیجان میں آتی ہے، لیکن ضروری عامل کی عدم موجودگی کے باعث ان میں سے ایک درجہ پر رک گئی ہے، بالکل سیطرح جس طرح کہ کسی کارخانہ میں نیم تیار مال اس وقت جب کہ کوئی ضروری صنعتی عمل بگڑا ہوا ہو، جمع ہو جاتا ہے۔

ایک بڑے نرف کے فوراً بعد، طحال میں سے سرخ خلیات داخل ہو کر دموی شمار بڑھ جاتا ہے۔ لیکن چند ہی گھنٹہ کے اندر سیال دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے، اور اس کے حجم کی کمی پوری کر دیتا ہے، لہذا اگر نرف سے پہلے کی ہیموگلوبن معلوم ہو تو اب اس کی آخری قدر سے اندازہ ہوتا ہے کہ کسی قدر نقصان خون ہوا ہے۔ جب عدم دمویت قائم ہو جائے تو تکون خون ہیجان میں آتی ہے۔ لیکن اس کے فقدان کی وجہ سے رک جاتی ہے (طبعی ناہضی رد عمل)۔ بعض حالات میں مثلاً اس وقت جب کہ بہت سا سیال ضائع ہوا ہو، جسم اس دموی حجم کی کمی پوری کرنے کی قابلیت کھودیتا ہے، اور مریض بہت ہی بیمار ہو جاتا ہے۔

ثانوی عدم دمویت۔ عدم دمویوں کی تقسیم اس طرح کی جاتی ہے۔ اولی عدم دمویں جن کی تئیب معلوم نہ ہو (اخضریت اور متلف عدم دمویت) اور ثانوی عدم دمویں جن کے اسباب اکثر اصابتوں میں بالکل واضح ہوتے ہیں۔ اس قسم کی جماعت بندی آج کل بالکل بے کار ہے۔ لیکن ثانوی یا اخضریتی عدم دمویت کی اصطلاح ابھی تک عام طور پر ایک خرد خلوی عدم دمویت کے معنوں میں استعمال کی جاتی ہے کہ جس میں طبعی ناہضی رد عمل اور پست لونی قوت مٹا ہوا اور جو مختلف اسباب سے پیدا ہو۔ یہ اسباب حسب ذیل ہیں :- (۱) نزفات۔ ان میں سے بہت سے نزفات مفرط ہوتے ہیں، لیکن یہ عود نہیں کرتے، یا یہ صرف طویل وقفوں سے ہوتے ہیں۔ متواتر متواتر متواتر نزفات سے جو بواسیر، مستقیم قرحہ، رمی امراض، اثنا عشری کج دہن (ancylostoma duodenale) کے باعث ہوں، شدید عدم دمویت واقع ہو سکتی ہے۔ جلد اور مخاطی اغشیہ میں بھی نزفات ہو سکتے ہیں، جیسے کہ ۱۰۰۰ آتھ اقسام کے پریٹیرا (purpura) میں اور اس کے

(scurvy) میں ہوتے ہیں۔ (۲) مرض برائٹ، اسکروی اور ناقص درقیت۔ (۳) سرخ جسامت کی تشکیل مرض آجکین میں اور بیض دمویت کی مختلف قسموں میں واقع ہو جاتی ہے۔ ثانوی عدم دمویت کا علاج وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دمویت کا ہوتا ہے۔ عدم دمویت کے علامات۔ نمایاں عدم دمویت کی تمام اصابتوں میں بعض مخصوص خصائص مشترک ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اقسام کی عدم دمویوں میں انکے متمیز و مخصوص خصائص بھی ظاہر ہوتے ہیں، جو آگے چل کر بیان کئے گئے ہیں۔ جلد تاجب اور موم نما ہوتی ہے۔ تازہ زخف کی اصابتوں میں رنگ بالکل سپید ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ممکن ہے حقیقی عدم دمویت بالکل موجود نہ ہو اور وعاء حرکتی فصل سے دموی توزیع میں تغیر واقع ہو جانے سے شحوب پیدا ہو جائے۔ لب پھیکے گلابی رنگ کے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ گالوں میں بھی ایک خفیف گلابی متمہا بہت ظاہر ہو۔ مرئی مخاطی اغشیہ پھیکے گلابی رنگ کی ہو جاتی ہیں، جیسا کہ دہن، زبان اور پوٹوں کی اندرونی جانب میں دیکھا جاتا ہے۔ خون کا بدلا ہوا رنگ ہاتھ کی پشت پر کی وریدوں کی جھلک میں بھی ظاہر ہوتا ہے، جو سپید چمڑے کے اندر سے گلابی نظر آتی ہیں، نہ کہ گلابی جلد کے اندر سے سیاہ ارغوانی۔ مریض نڈھال اور کمزور جسمانی یا دماغی محنت کے ناقابل ہوتا ہے، اسے دروسر اور چکر آئے کا امکان ہوتا ہے، آنکھوں کے سامنے دھبے نظر آتے ہیں، کانوں میں آوازیں گونجتی ہیں، اور غشیان کے دورے ہوتے ہیں۔ محنت کرنے یا زور لگانے پر سانس پھول جاتی ہے اور عروق کی تنک پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ پاؤں کا اذیا موجود ہو۔ بھوک ٹھوٹا کم ہو جاتی ہے، اور غذا لینے کے بعد شرابیف کے مقام پر گرائی یا ضیق معلوم ہوتا ہے، یا شدید سوزش سینہ ہوتی ہے۔

اگر کوئی نمایاں درجہ کی عدم دمویت ہو تو ہمیشہ قلب کو ہیجان میں لا کر خون کی فی منٹ درآمد کو زیادہ کر دیتی ہے، اسی واسطے شرح نبض زیادہ ہو جاتی ہے۔ یہ ایک تعویضی میکا نیت ہے، لیکن اس کے یہ معنی ضرور ہیں کہ قلب زیادہ کام کرتا ہے۔ لہذا علاج کا اولین مدعا آرام ہے۔ استماع کرنے پر دموی خیریات اور حروفِ زنی (bruit de diable) سنائی دیتے ہیں۔ یہ پہلے بیان کئے گئے ہیں (صفا ست

222، 280) - ممکن ہے کہ قلب تسع ہو جائے۔

انخسریت

(chlorosis)

بحث اسباب۔ انخسریت یا اس کے انگریزی مرادف گرین سیکنسیس (green sickness) کا نام اس سبزی مائل جھلک پر مبنی ہے جو کہ کالوں کے شتوب کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ اس نام کا اطلاق عدم دمویت کی اس قسم پر کیا جاتا ہے جو بالخصوص 481 قبض کی شکایت رکھنے والی لڑکیوں اور نوعمر عورتوں میں چودہ اور چوبیس سال کے سن کے درمیان ہوتی ہے، گو مستثنیٰ طور پر ایسی ہی ایک حالت لڑکوں میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ موجودہ صدی کے آغاز سے انخسریت کے حدوث میں بتدریج کمی پائی گئی ہے اور غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ کر بندی کا رواج جس سے جگر پر دباؤ پڑتا تھا، ترک کر دیا گیا ہے، نیز یہ کہ اب عورتوں کا کام نسبت بہتر حالات کے تحت انجام دیا جاتا ہے، اور تازہ ہوا زیادہ لی جاتی ہے، اور ورزش زیادہ مقدار میں کی جاتی ہے (8)۔ خانگی ملازمت کرنے والیوں میں یہ مرض سب سے زیادہ عام ہوا کرتا تھا۔

علامات۔ انخسریت ایک خرد غلوی عدم دمویت ہے۔ دموی شمار نیست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے، کیونکہ سرخ خلیات کی نسبت ہیموگلوبن میں زیادہ تخفیف پائی جاتی ہے۔ طبعی نابضات، شبکی خلیات، شقوقی خلیات، شدید اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ سپید خلیات طبعی ہوتے ہیں۔ عدم الطمث موجود ہوتا ہے۔ معدی رس میں آزاد HCl موجود ہوتا ہے۔ کبھی کبھی عصب بصری کا التهاب (optic neuritis) پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے بعد ذبول، اور مستثنیٰ اصابتوں میں عینی شلل (ocular paralysis)، شبکیتی سدایت (retinal embolism)، اور ظف البصلہ التهاب عصب (retrobulbar neuritis) واقع ہو جائے۔

انذار اور علاج۔ ملاحظہ ہو سادہ بے ترشہ عدم دمویت۔

سادہ بے ترشہ عدم دمویت

(simple achlorhydric anaemia)

یہ مرض عورتوں کو اس سے بہت زیادہ عام طور پر ماؤف کرتا ہے کہ جتنا مردوں کو اور عورتوں کو یہ تقریباً سچے جھٹنے کی عمر میں ماؤف کرتا ہے، اور سب سے زیادہ اساتیں ۲۰ سے لیکر ۵۰ سال کی عمر میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ بچوں میں اور مسمر اشخاص میں (33) بھی واقع ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ صحت مند مردوں اور عورتوں میں سے ۲۲ فی صدی ایسے ہوتے ہیں کہ جن کو ۶۰ سال سے اوپر سادہ بے ترشہ عدم دمویت ہوتی ہے۔

علامات۔ ایک خرد غلوی عدم دمویت پائی جاتی ہے، اور خون ایک پست لونی قوت نما خا ہر کرتا ہے۔ متلف عدم دمویت کی طرح اس میں بھی بے ترشگی پائی جاتی ہے، لیکن خون میں با لمی روبین کی زیادتی نہیں ہوتی، چنانچہ وٹان ڈن برگ کا کاشف منفی ہوتا ہے، اور جبل نخاعی میں کوئی تغیرات نہیں ہوتے۔ لحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ بسا اوقات التهاب اللسان (glossitis) ہوتا ہے اور یہ التهاب زبان پر سے پھیلتا ہوا بلعوم کی پشت پر چلا جاتا ہے۔ بعض اوقات عسر البلع ہوتا ہے۔ ناخن مقعر (جمیو نما) اور پتلے ہوتے ہیں، ان پر طولی حیدریت (ridging) (انقعار الظفر = koilonychia) پائی جاتی ہے۔ عدم دمویت غالباً غذائی خلیوں سے لوہے کے قلیل اخذ اب کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ معدی رس میں باڈروکلورک ایسڈ کی عدم موجودگی اس کا جزوی سبب ہو۔

تشخیص۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ بے ترشگی کے ساتھ پست لونی قوت نامی عدم دمویت مشاہدہ کی جائے، جو بلا کسی واضح سبب کے ہو، مثلاً بغیر زنف کے۔ انذار۔ موثر علاج کرنے کی حالت میں یہ اچھا ہوتا ہے۔

علاج۔ لوہا بڑی مقداروں میں دینا چاہئے۔ قشری تجزیہ، آیرن اینڈ ایونیم سٹریٹ (iron and ammonium citrate) جو کہ فیرک سٹریٹ (ferric citrate) پر مشتمل ہے، مقبول عام ہے۔ لیکن روزانہ اس کا ایک ڈرام

دینا چاہئے۔ لوہا صرف فیرس (ferrous) حالت میں جذب ہوتا اور تاثیر کرتا ہے (7) 'لہذا فیرس لوہا استعمال کرنا بہتر ہے۔ پل فیری (pil. ferri) (بلاڈ کی گولی) (Blaud's pill) جو فیرس سلفیٹ اور سوڈیم کاربونیٹ (sodium carbonate) کا ایک آمیزہ ہے (دہ تا ۵ گریں) بہت مشہور ہے۔ اس کو سفوف کی شکل میں دے سکتے ہیں۔ فیرس سلفیٹ کو بحالت محلول تجویز کرنے میں یہ دقت ہے کہ یہ متاكد ہو جاتا ہے۔ لیکن اس کا سد باب اس کو۔ انی صدی محلو کو س محلول میں حل کر کے کیا جاسکتا ہے، یا اس کے بجائے ایڈ سلفیورک ڈائلیوٹ ۵ منم ۵ گریں فیرس سلفیٹ کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

بہت سی اصابتوں میں حتی الامکان جلد از جلد یہ دریافت کرنے کی ضرورت ہوگی کہ آیا علاج موثر ثابت ہو رہا ہے یا نہیں۔ اس کے لئے جیسا کہ متلف عدم دمویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے، ایک شبکی غلوی حرجہ کی تلاش کرنی چاہئے۔ اکثر حدیدی تجیزات میں تا نبا موجود ہوتا ہے، لیکن اگر ضرورت ہو تو اس کو کار سلفیٹ کے ۱۶ فی صدی محلول کے روزانہ ۳-۵ سی سی کی صورت میں تجویز کیا جاسکتا ہے۔ اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ ناقص درقیت موجود نہ ہو، اور یہ کنڈا میں عیاتین ج کی کافی مقدار موجود ہے، جو کہ نارنگی اور لیمو رس کے طور پر دینی بہتر ملتا ہے۔ اسکروی میں عدم دمویت زف ہونے سے پہلے دیکھی گئی ہے۔ یہ امر تسلیم شدہ ہے کہ اشراب کے ذریعہ دی ہو لوہے کی تمام قسمیں بیکار ہیں، اور سنگھیا دینی غیر ضروری ہے۔ لیکن جگر یا خلاصہ جگر بعض اوقات مفید ہوتا ہے، گو کہ اسے لوہے کا بدل تصور نہیں کرنا چاہئے۔ اگر ایک ملین کی ضرورت ہو تو پل ایلوڑیٹ فیری (pil. aloes et ferri) (دہ تا ۵ گریں) جس کے ساتھ فیرس سلفیٹ شامل ہے، دینا مفید ہے۔ فذرانی طور پر یا س جانے والے حدیدی میاہ (chalybeate waters) میں فیرس کاربونیٹ (ferrous carbonate) موجود ہوتا ہے، جسے زائد کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO₂) محلول صورت میں رکھتی ہے۔ اور بشرطیکہ ان کو براہ دمن چشمہ پر سارہ پیا جائے یہ مفید پوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں علاج کے دوران میں بستر پر آرام کرنا ضروری ہے اور نقل الدم مفید ہو سکتے ہیں۔

متلف عدم دمویت

(pernicious anaemia)

483

(Addison's anaemia = اڈیسن کی عدم دمویت)

(glossitic anaemia = التهاب اللسانی عدم دمویت)

ابتداءً اس مرض کی اصابتوں کو اڈیسن (Addison) نے خود سر و عدم دمویت (idiopathic anaemia) کے نام سے بیان کیا، کیونکہ ان میں تمیز خصائص نمایاں تھے، اور وہ ان کا کوئی سبب نہ معلوم کر سکا۔ ازاں بعد بیرمر (Biermer) اور دوسرے مصنفین بر اعظم یورپ نے شامل اصابتیں نرتی پلنیر، متلف عدم دمویت (progressive pernicious anaemia) کے نام سے بیان کیں۔

بحث اسباب - یہ مرض دو صنفوں کو مادیاً ماؤف کرتا ہے، اور ۵ فیصد اصابتیں چالیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہیں۔ اور معدی تغیرات کے لئے جو کہ اس مرض کا سبب ہوتے ہیں ایک موروثی رجحان پایا جاتا ہے۔

مرضی تشریح - اعضاء کے عام شحوب کے علاوہ بعد الملمات حالتوں میں سے ایک نہایت مستمر حالت قلب کا شمی، انحطاط ہے، جو خود کو عضلہ قلب کی متبادل سیاہ اور شاحب دھاریوں کی صورت میں ظاہر کرتا ہے، اور یہ دھاریاں درون قلب میں سے نظر آتی ہیں (دھاری دار کی جیسی دھار کی = tabby-cat striation)۔ یہ ناقص آکسیجنی رسد کے باعث ہوتی ہیں جس کا سبب خون کے ہیوگلوبن کے مقدار کی کمی ہے۔ یہ بائیں بطن اور طبعی عضلات میں واقع ہوتی ہیں۔ جگر اور گردوں کا شمی انحطاط بھی موجود ہوتا ہے، اور شرائین کے اندر ونی طبقہ کا بھی۔ نزفات نہ صرف شبکیہ میں پائے جاتے ہیں، جہاں وہ زندگی میں بھی دیکھے گئے ہیں، بلکہ وہ معلیٰ اغشیہ دروں قلبیہ معدے کی غشائے مخاطی، پیچہ پوٹوں، سطح دماغ، اور دوسرے حصوں میں بھی ملتے ہیں۔ فین وک (Fenwick) نے ابتدا میں معدہ میں ایسے تغیرات پائے جو کہ التهاب معدہ (ملاحظہ ہو) کے مثیل تھے۔ بعض اوقات لمحال

بڑھی ہوئی، اور سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی ہوتی ہے۔ لب عظام مقدار میں حد سے زائد اور سرخی اعلیٰ ارغوانی رنگ کا پایا گیا ہے اور اس میں نوات دار سرخ جیما ت بالخصوص کبیرا ہضات بڑی تعداد میں ہوتے ہیں، مزید برآں جگر کے خلیوں میں طحال میں اور گردوں میں لوہے کا وافر جماؤ ہوتا ہے، جو پوٹاسیم فوسفائیڈ اور مرقق ہائیڈرو کلورک ایسڈ سے عضو کے نیلے ہو جانے سے ظاہر ہو سکتا ہے۔ نخاعی علامات والی اصابتوں میں موت کے بعد جانی استوائوں اور پچھلے استوائوں کا انحطاط پایا گیا ہے۔

امراضیات۔ اس مرض کی امراضیات کی کسی بحث میں حسب ذیل خصائص مرض کا بیان کرنا ضروری ہے: (۱) بول کے اندر یورو بالین کی زیادتی، جگر کے اندر لوہے کے جماؤ اور خون کے اندر صنف صفر کی موجودگی جس سے وائٹ ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ جانوروں میں سموم شٹا سیپونین (saponin) یا یوری ڈین (pyridine) وغیرہ کے اشرب سے بھی ایسے ہی مظاہر حاصل ہوئے ہیں۔ (۲) سرخ لب عظام کی بیش پرورش اور ساتھ ہی دوران خون کے اندر سرخ خلیوں کی جسامت اور شکل کی بنیاعدگی اور کبیرا خلیات کی اور بعض اوقات کبیرا ہضات کی موجودگی۔ یہ مرض ایک کلاں خلوی عدم دھویت ہے۔ سرخ خلیوں کا حیاتی کیمیائی بنیہ بھی تبدیل ہو جاتا ہے۔ جیما ت میں ہائیڈروجن رواں (H ion) کا ارتکاز زیادہ ہوتا ہے جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ فاسفورک ایسڈ ایسٹرس (phosphoric acid esters) میں زیادتی ہو جاتی ہے، چنانچہ خلیات اور پلازما کے درمیان قوہ کافرق (potential difference) بجائے آٹھ یا نو ہونے کے ۲۰ ملٹی وولٹس (millevolts) ہوتا ہے (۱۲)۔ (۳) معدی رس میں آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ (free HCl) کی غیر موجودگی، جو خاص کر التهاب معدہ کی وجہ سے ہوتی ہے، کیونکہ معدنی کلورائیڈ اور پیپسین بھی کم ہوتے ہیں، گو بالکل غیر موجود ہرگز نہیں ہوتے (۱۸)۔ غالباً تھوڑا سا "فائلی" ہائیڈروکلورک ایسڈ ("active" HCl) ہلکے ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۷، صفحہ ۳۳۱)۔ غذائی خطے میں دوسری جگہ التهاب کی موجودگی بھی میز التهاب اللسان سے ظاہر ہوتی ہے۔

اھ بعض اصابتوں میں اہمال معوی التہاب کے باعث ہو سکتا ہے۔ (۴) جب خلاصہ جگر براہ دھن دیا جائے تو اس کا شفا بخش اثر۔

زمانہ حال تک یہ تصور کیا جاتا تھا کہ یہ مرض ایک اولی خون پاشیدگی کی وجہ سے ہے۔ لیکن یہ امر مشکوک ہے کہ آیا خون پاشیدگی حقیقتہً نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ساری کی ساری بالی روہین، ٹوٹے ہوئے جسیموں سے ماخوذ ہے تو اس کے یہ معنی ہوں گے کہ خون کے جسیموں کی بادی پیدائش ایک نامکن سرعت کے ساتھ واقع ہوتی ہے۔

نیز بالی روہین کا اخراج نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے، حالانکہ تصویر خون مسموم رہتی ہے۔ یہ تصویر خون بے ترشہ عدم دمویت سے جو کہ ایک اولی خون پاشیدہ مرض ہے بالکل مختلف ہے۔ سرخ خلیات، متلف عدم دمویت میں اتنی ہی مدت زندہ رہتے ہیں کہ جتنے صحت کی حالت میں حقیقت میں مرض اولی طور پر دموی خلیات کی ناقص تکون کا نتیجہ ہے، جو کہ صفحہ 429 پر بیان کی گئی ہے۔ دموی جوہر کے بغیر لب عظام کامل سرخ خلیات کو نہ تولید کر سکتا ہے اور نہ دوران خون میں ان کو خارج کر سکتا ہے۔ لہذا وہ لب عظام میں محسوس کر بھرے رہتے ہیں اور اس کو سرخ رنگ

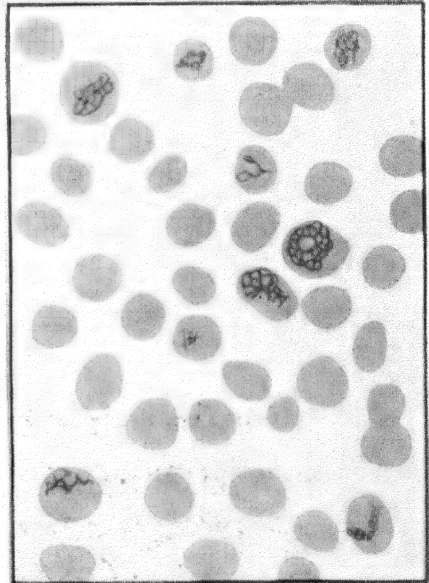
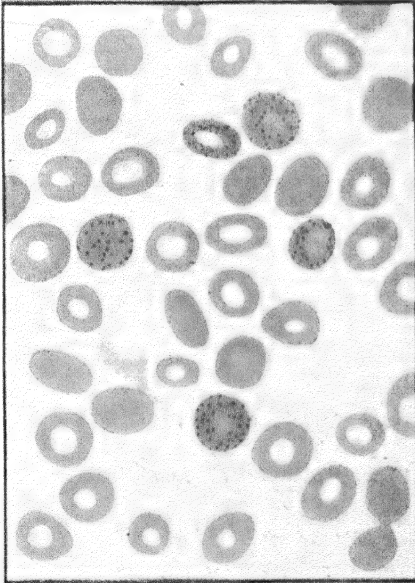
433

بخشتے ہیں۔ اگر مگر دیا جائے تو نا پختہ خلیات یعنی شبکی خلیات کا ایک لشکر دوران خون میں خارج ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۶ ب) اور ۱۰ تا ۱۵ دن میں نقطہ اعظم کو پہنچتا ہے اور یہ شبکی خلوی استجاب عدم دمویت کے درجہ سے معکوس نسبت رکھتی ہے۔ عدم دمویت بتدریج اچھی ہو جاتی ہے اور تصویر خون طبعی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے لب عظام حد سے زیادہ فعال ہو جائے چنانچہ دموی شمار تقریباً ۴۰ لاکھ تک پہنچ جاتا ہے۔ خلیات کی حیاتی کیمیائی نوعیت، طبعی کے قریب ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے ایوسین پسندی موجود ہو۔ تحقیقاتی میں جو تغیرات ہوتے ہیں ان کو شکل ۵۴ میں دکھایا گیا ہے۔ مرض کی انتہا میں صغیر اور معدی جماؤں کی زیادتی کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ ان کو ہیوگلوبن کی تکون میں کام میں نہیں لایا جاسکتا، لہذا وہ مجتمع ہو جاتے ہیں۔ گاہے مرتب یرقان اور اس کے ساتھ مثبت و آن ڈن برگ کا شفعہ موجود ہوتا ہے۔

متلف عدم دمویت کے ساتھ جبل النخاعی کے تحت الحاد ممزوج انحطاط کا تلامذہ



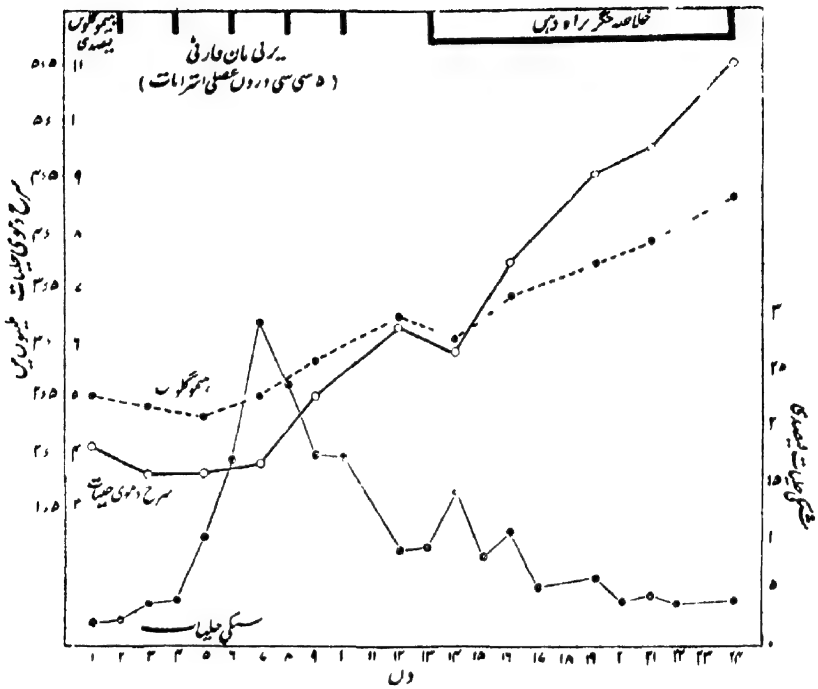
1



- الف۔ احمد دہویت میں جہرہ کی رئیس تصویر۔ ہایت مایاں اصابتوں میں رراق اور بھی زیادہ ہوتا ہے۔
 ب۔ مصلف عدم دہویت میں ایک رچی ہونی فلم 'کبدی علاج کے ابتدائی مراحل میں' جس میں سبکی خلوت دکھائی گئی ہے۔
 ح۔ رصاصی سیم میں نقطہ دار اساس پسندی۔ (یتیمیزات واکٹر ایف۔ اے۔ ماٹ بے بنائی ہیں)۔

ہم قریب ہی تعلق رکھنے والے عوامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ جبل النخاعی اور خون دونوں کو موقوف کرتے ہیں۔ لیکن ان میں سے ہر ایک تاثیر الگ بھی پیدا ہو سکتی ہے، یا ایک تاثیر دوسری کے بعد پیدا ہو سکتی ہے (19)۔

علامات۔ متلف عدم دمویت کا مریض بتدریج کمزور ہو کر شاحب رنگ کا



تشکل ۵۴۔ متلف عدم دمویت کی ایک متمبلی اصابت، جو پہلے خلاصہ مکر کے پانچ درول عضلی استراہات اور پھر اس کو براہ دہن دینے پر اعظم شبکی خلویت اور خون کی باز پیدائش ظاہر کرتی ہے۔ لونی قوت نامیں تغیر یعنی سوجن غلیات کی تعداد کی زیادتی کے مقابلہ میں ہمیوگلوبن کی زیادتی تھوڑی ہونا خوب واضح ہے۔

ہو جاتا ہے۔ اس کی جلد کی رنگت زرد جھلک کی ہو جاتی ہے، جو معمولی عدم دمویت کی

سید مومی جملک سے مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات بھوری لونیت کی چھوٹی یا بڑی چکیتیاں ہوتی ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ انتہائی عدم دمویت کی حالت میں بھی مریض دہلا نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس کی تحت الجلد چربی کثیر المقدار ہو۔ مڈصال پن دامغی اور جسمانی محنت سے تنفر، دوران سر کا نول میں آوازیں وغیرہ اسی طرح ہوتی ہیں جیسی کہ دوسرے اقسام کی عدم دمویت کے بیان میں درج کی گئی ہیں اور علاوہ ازیں محنت کرنے پر بہر اختلاج قلب اور درد قلب ہوتا ہے۔ مریض زبان کے زخمی ہونے کی شکایت کرتا ہے اور ممکن ہے کہ زبان میں آبلے اور سرخ چکیتیاں ہوں۔ کہنہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ زبان میں حلیما ت خیطیہ کا ذبول بلکہ انشعاقات بھی ہوں۔ عدم اشتہا اور سوز، البھمی، علامتہ (جو ملاحظہ ہو) کثیر الوقوع ہیں۔ معدی رس میں آزاد ماڈر وکلورک ایسڈ بالکل غیر موجود ہوتا ہے۔ گاہے گاہے وہ علاج کے بعد دوبارہ پیدا ہو جاتا ہے۔ پیشاب کارنگ یوروبالین کی زیادتی کی وجہ سے بہت گہرا ہوتا ہے، لیکن اس میں البیون نہیں ہوتا۔ طحال کی کلانی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شبکیہ میں کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے نزوات نظر آئیں جو قرص بصری کے گرد بہ کثرت ہوتے ہیں۔ یہ مخطط یا شعلہ نما ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ سپید و صے بھی موجود ہوں۔ دوسرا امتیز خاصہ تب ہے جس سے ۱۰ یا ۱۰۲ درجہ کی تپش مائل ہو سکتی ہے، لیکن عموماً یہ تپ بے قاعدہ ہوتی ہے ممکن ہے کہ تپ کئی دنوں تک موجود ہی ہو اور موت سے پہلے اکثر تپش تحت الطبعی ہوتی ہے۔ بعض اوقات مگر بڑھا ہوا اور الیم ہوتا ہے۔ خون نہایت شاحب ہوتا ہے اور سرخ جیسات کم ہو کر فی مکعب ملی میٹر ۲۵۰۰۰۰ بلکہ ۵۰۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں۔ لیکن ہیموگلوبن کی کمی نسبتہ کم ہوتی ہے۔ چنانچہ کوئی قوت ناعموماً ایک زائد ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ انفرادی جیسات معمول کے نسبت بڑے ہوتے ہیں۔ تاہم اتنی کم قدریں کہ بعض اوقات ۷۰ تک بھی پائی گئی ہیں۔ ہر قلموں خلیے کسی دوسری حالت کے نسبت اس میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ عموماً چند نوات دار خلیے بالخصوص کبیرا مھضات موجود ہوتے ہیں، لیکن کثیر الاشکال نواتی سپید خلیات عام طور پر معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں۔ پراس جو نس کا دموی تو دین منحنی تمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قابلیت تروییب میں کمی ہو، لیکن جیسات کے بحر مجربین

کوئی زیادتی نہیں ہوتی یا کم زیادتی ہوتی ہے۔
متلف عدم دمویت کے مریضوں میں اکثر ٹانگوں کا سُن پن اور کمزوری عدم اسباق،
متغیر رکبی عینکے اور حاد و مزوج انحطاط نخاع کے دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں بلکہ
مکمل ہے کہ عدم دمویت سے بہت پہلے نغاسی علامات ظاہر ہو جائیں بعض اوقات
ذہنی احتمالات دیکھے گئے۔

تشخیص۔ متلف عدم دمویت کی ہر مفروضہ اصابت میں یہ اہم ہے کہ
نہایت احتیاط کے ساتھ عصبی مرض، مثلاً سرطان معدہ کی جستجو کی جائے جو بعض
اوقات اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے، اور عفونت کے مرکزوں کی جستجو بھی کی جائے
اور بعض حالات میں براز کے معقول امتحان کے ذریعہ مسمائی گرموں (جو بی راسیہ
bothriocephalus) یا اسپرو (sprue) کی موجودگی کو خارج از بحث کر دیا جائے۔
متلف عدم دمویت کے میز خصائص یہ ہیں: مصل کے اندر صبغہ صفرا کی موجودگی
جس سے متلف عدم دمویت کا زرہ رنگ پیدا ہو جاتا ہے، تصویر خون معدہ اس کے
بلند لونی قوت نمائے، اور خلوی توزیع کا تمثیلی نمونہ، اور بے ترشگی۔ یہ سب اسے
انخسریت اور دوسری عدم دمویتوں سے تمیز کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ کبرطویت
جو کہ مرض کی میز ہے، ہالہ انعطاف کے طریقہ (refraction halo method) کے
ذریعہ ظاہر کی جاسکتی ہے۔ تنخی پر ایک پتلی سی دموی فلم اس طرح بنائی جاتی ہے کہ
جسمیات باہم متراکب نہ ہوں۔ اس کو روشنی کے سامنے رکھنے پر ایک مستدیر ہالہ
دکھائی دیتا ہے، جس کا مقابلہ ایک طبعی فلم سے حاصل کردہ ہالہ سے کیا جاتا ہے۔
ایک نسبتہ چھوٹا ہالہ کبرطویت لگی ہوئی ہے۔

انذار۔ یہ اصابتیں دموی جو ہر گز ذریعہ علاج کرنے پر امید ازراہ طبیعت
ظاہر کرتی ہیں، اور تحت الحاد و مزوج انحطاط کی ابتدائی علامتیں غائب ہو جاتی ہیں
اگرچہ اس کے لئے جگر کی نسبت بڑی مستادیں ضروری ہوتی ہیں، اور جب مصیبت حقیقتہً
متلف ہو گئے ہوں تو یہ علاج کوئی فائدہ نہیں کرتا۔ یہ علاج غیر متعین مدت تک جاری
رکھنا چاہئے۔

علاج۔ مائنٹ (Minot) اور مرنی (Murphy) کی جگر کے علاج کی ایجاد

مقابلہ اس انقلابِ عظیم کے ساتھ کیا جاسکتا ہے جو انسولین کے انکشاف نے دنیا میں
 کے علاج میں پیدا کر دیا ہے۔ اس علاج کا فعلیاتی نقطہ نگاہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔
 پاؤ بھر ہلکا کیا ہوا جگر روزانہ براہِ دہن دیا جاتا ہے۔ اس کا مزہ چھپانے کے لئے
 اس کے ساتھ آنکوی پیسٹ (anchovy paste) یا لحمی خلاصہ جات (meat
 extracts) مثلاً باورل (Bovril) یا نارنگی کارس ملا کر دے سکتے ہیں۔ یا اسکو
 کاٹ کر لومہ سے بنائے جاسکتے ہیں، اور ان کو راس پیپر (rice-paper) میں
 پیسٹ کر سالم نگلا جاسکتا ہے۔ کچے معدہ خنزیر کے چھ اونس اس کے معادل ہیں۔
 خلاصہ جگر سفوف یا مانع کی شکل میں بھی لیا جاسکتا ہے، لیکن تحت الحاد مزوج انحطاط
 کو شفا دینے کے لئے یہ اتنا مفید نہیں ہے۔ خلاصہ جگر ماہی نہایت ہی قوی ہے۔
 مجفف معدہ خنزیر بھی لیا جاسکتا ہے۔ لیکن یہ تجہیزات بعض اوقات غیر فعال
 ثابت ہوتی ہیں۔ متلف عدم دمویت کی بعض اصابتیں علاج سے اثر پذیر
 نہیں ہوتیں کیونکہ معاد سے دموی جو ہر جذب نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں اشروبات
 کرنے ضروری ہیں، اور دروں عضلی (یا زیر جلدی) اور دروں وریدی اشروبات
 485 کے لئے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں۔ اگر پھر بھی نجیبیت نہ ہو، تو تجہیز غالباً غیر فعال
 ہے۔ یہ تجہیزات ایسی مقداروں میں تجویز کی جاتی ہیں کہ وہ اس جگر کے اصلی وزن
 کے معادل ہوں کہ جس سے وہ لی گئی ہیں۔ اب ایسے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں
 کہ مریض کو صحت کی حالت میں رکھنے کے لئے ہر چار یا آٹھ ہفتوں کے بعد ایک
 مرتبہ ان کا اشراب کرنے کی ضرورت ہے۔ ابتدائی درجوں میں ایک پونڈ جگر کا
 خلاصہ دینے کی ضرورت پیش آتی ہے، تاہم مابعد درجوں میں اس مقدار کو
 گھٹا کر ۱/۲ پونڈ یا اس سے بھی کم کیا جاسکتا ہے۔ وقتاً فوقتاً دموی شمار یا دان
 بن بزرگ کا امتحان کرنا مناسب ہے۔ اس علاج سے چند ہی روز کے اندر
 مریضوں کی حالت بہتر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر ان کا رنگ غیر معمولی طور
 پر گلغام ہو کر ان کے پہلے پھیکے درونگ سے بالکل برعکس ہو جائے۔ عفونت کے
 سرچشموں کا تدارک بھی ضروری ہے، خواہ یہ عفونت دانتوں، لودین، یا نئی بجائی
 کے باعث ہو۔ ممکن ہے نہایت خطرناک صابتوں میں ابتدائے علاج میں نقل الدم

عمل میں لانا قرین مصلحت ہو، خاص کر اگر تپش بلند ہو۔ ”رونی عامل“ گیارہوں کے بیچ اور لہن بوزہ گراں کے الکلی خلاصہ اور مارمایٹ (marmite) (5) میں موجود ہوتا ہے اور اگر معدہ میں ”رونی عامل“ کی کافی مقدار موجود ہو تو ان اشیاء کے دینے سے بہت فائدہ ہوگا، یا ممکن ہے کہ ابتدائی علاج کے بعد ”رونی عامل“ کی اتنی مقدار پیدا ہو جائے کہ مارمایٹ کو تہنا دیا جاسکے (6)۔

دوسری کبیر خلوی عدم دمویتیں۔ یہ متلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتی ہیں اور بعض کو بقیۃ متلف عدم دمویت تصور کیا جاسکتا ہے۔ بائلی روہن دمویت اکثر اتنی نمایاں نہیں ہوتی اور بعض اوقات بائلی روہن دمویت اور ایک خرد خلوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

ان کے اسباب یہ ہیں:۔ قرص یا سرطان کی وجہ سے معدہ کا جزوی استیصال ناقص معوی اسخذاب، معدی قولونی ناسور، معاصر صغیر کا جزوی استیصال، معائی ضیق اور تدریجی تفرج، شمی اہمال بستمول شکمی مرض کے، اسپرو (sprue) اور دو برگہ جو بیہ عریضہ (diphyllobothrium latum) (18)۔ ان میں سے بہت سی امایاتوں میں بے ترشگی موجود ہوتی ہے، جو اس وقت جب کہ مریض کی حالت میں اصلاح ہو جاتی ہے، رفع ہو جاتی ہے۔

غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anemia)۔ یہ مرض سالورسان اور بمنزال کے دوسرے مرکبات کے تسخ (20) سے، اور لاشاعوں میں حد سے زائد تکشف سے پیدا ہو سکتا ہے۔ لب عظام کی سرایت ثانوی ہو سکتی ہے (21)۔ سرخ جیمات اور ہیوگلو بن ممول کے تقریباً ۴ فی صدی تک گھٹ جاتے ہیں اور کوئی قوت نما تقریباً اکائی ہوتا ہے۔ نوات واد سرخ جیمات اکثر نہیں ہوتے۔ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی تعقیل کے باعث قلت جیمات پیدا ہو جاتی ہے۔ لب عظام متلف عدم دمویت کے لب عظام سے عجیب طور پر اختلاف رکھتا ہے اور پھیکے رنگ کا اور شمی ہوتا ہے اور خون کی باز پیدائش کے تمام امارات سے معرا ہوتا ہے۔ چنانچہ لب عظام کی علامت کوہن ہوتی ہے، جو مرض کا اولی سبب شمار کی جاتی ہے۔ بعض امایاتوں (نزخی نا سفید دمویت

= aleukia hæmorrhagica) میں دموی لوجیوں کی بہت کمی یا کامل غیر موجودگی بھی ہوتی ہے، اور اسی کے ساتھ ایک شدید نرخی رجحان ہوتا ہے اور عرصہ اوما میں تاخیر ہوتی ہے لیکن عرصہ تروییب میں نہیں ہوتی۔ یہ حالت شدید قسم کے پریپٹوراسے عائش ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 445)۔ جگر کے علاج سے کامیابی نہیں ہوتی، کیونکہ فائوٹکون الدم کے سب سے ابتدائی درجے میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۳)۔ مکرر (۳۰۰ دفعہ تک) نقل الدم کرنے سے ایک مریض کو سات سال تک زندہ رکھا گیا جو جواب بھی زندہ ہے (34)۔

غیر دسراتی خلویت (قلت جیماٹ تعدیل یسند)۔ یہ ایک متجانس حالت ہے جس کی زیادہ تر خصوصیت سفید گوں (ذراتی) خلیات کی تقلیل ہے جس کے ساتھ خلق کی شدید سرایت زدگی ہوتی ہے جو کہ غیر ذراتی خلوی ذبحہ (agranulocytic angina) ہے {مثلاً وینٹ (vincent) کا ذبحہ یا دیگر سرایت۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ دموی حالت اولی ہے اور یہ کہ سرایت زدگی اس لئے ہوتی ہے کہ قلت جیماٹ تعدیل لیند کا نتیجہ قوت مداخلت میں تخفیف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عدم تکوینی عدم دمویت ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ لمفی خلیات ممکن ہے طبعی رہیں یا ممکن ہے کچھ تخفیف ظاہر کریں۔ لیکن ممکن ہے پہلے پہل ایک نواتی خلویت موجود ہو (10)۔ نکمات کئی سال تک ہوتے رہتے ہیں اور بسا اوقات ان کے ساتھ سرایت زدگی بھی ہوتی ہے۔ یہ رائے دیکھی ہے کہ اس مرض کی زیادتی ایمیدوپائیرینا (amidopyrina) (pyramidon) کے یا باربٹ یوریٹ (barbiturate) کے ساتھ اس دوا کے امتزاج (11) کے عام رواج کے ساتھ ہمزمان پائی گئی ہے۔ لب عظام میں ناقص تکون ظاہر ہوتا ہے جس کے ساتھ ذراتی خلوی خلیات کی عدم موجودگی پائی جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلوی ذبحہ میں شرح اموات ۵۰ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے، لیکن جب اس کا علاج پینٹوس نیوکلیوٹائیڈ (K96) (pentose nucleo-tide) کے ذریعہ کر کے کثیر الاشکال تکون کو ہجماں میں لایا جاتا ہے تو یہ شرح گھٹ کر ۲۵ فی صدی (8) ہو گئی ہے، اگرچہ بعض اماتیں بالکل کوئی جمعیت ظاہر نہیں کرتیں (9)۔

بچپن کی غیمہ تکوین الدموی عدم دموتیں۔ یہ فی الجملہ بالغ عدم دموتوں کے ساتھ مشابہ ہوتی ہیں۔

کبیر خلوی عدم دموتیں سناذ ہیں، لیکن وہ دو برگی جو بیہ ریضہ کی سرایت میں اور شکی مرض میں برونی عامل کی عدم موجودگی کے باعث پانی گئی ہیں چنانچہ ماراٹ دینے سے شفا یابی ہو گئی ہے، کیونکہ برونی عامل اس میں موجود ہے۔

خرد خلوی عدم دموتوں میں سے سب سے پہلے اس عدم دموت کی طرف توجہ مبذول کی جاتی ہے جو کہ اسکروی اور قنات (cretinism) سے پیدا ہوتی ہے، اور علی الترتیب حیاتین ج اور در قیہ دینے سے شفا یاب ہو جاتی ہے۔ شکی مرض بالعموم اسی قسم کی عدم دمویت پیدا کرتا ہے۔ عام ترین عدم دموتیں وہ ہیں جو کہ تعذیلتی ہیں، اور ان میں ایک اہم عامل یہ ہے کہ اگرچہ ولادت پر جب کہ اولہا لہال میں کثرت سے لوہا موجود ہوتا ہے، تاہم رضاعت کے دوران میں یہ ذخیرہ بتدریج کم ہو جاتا ہے، کیونکہ دودھ میں بہت کم لوہا ہوتا ہے، اگرچہ پستانی دودھ میں گائے کے دودھ کی بہ نسبت یہ زیادہ ہوتا ہے۔ زمانہ شیرخواری کی عدم دمویت کی وجوہات مندرجہ ذیل بھی ہو سکتی ہیں :- ماں کی عدم دمویت کے باعث لوہے کا قبل الولادت ذخیرہ قلیل ہو یا ولادت قبل از میعاد ہو جائے قبل اس کے کہ یہ ذخیرہ مکمل ہو یا تو ام حمل میں لوہے کی احتیاج تقریباً دو گنی ہو۔ یا لوہے کی بعد از ولادت رند قلیل ہو یعنی دودھ میں لوہے کی قلت ہو، یا طویل مدت تک دودھ پلایا جائے۔ علاج اس کا وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دموتوں کے لئے ہوتا ہے یعنی فیرس سلفیٹ (۴ گرین) گلوکوس اور شاید ذرا سے تانے کے ہمراہ یا فی میں گھول کر دن میں تین مرتبہ دینا۔ تانے کا فصل یہ ہے کہ یہ اس لوہے سے جو کہ جگر میں مذکور ہوتا ہے، ہیو گلو بن تیار کرنے میں مدد دیتا ہے (15)۔

اس کتاب کی سابقہ ایڈیشنوں میں وان جیکس (Van Jaksch) کی رضیعی کا ذب بیض دموی عدم دمویت (زمانہ شیرخواری کی طحالی عدم دمویت) ایک منتقل مرض کے طور پر بیان کی گئی ہے۔ خون میں سفید خلیات کی زیادتی ۴۰ تک پائی جاتی ہے، جن میں چند لہنی خلیات پائے جاتے ہیں۔ مگر اولہ

لمحال بڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ حالت غالباً شیرخوار بچہ کے لب عظام کی وہ جمیعت ہے جو کہ وہ عدم دمویٹ پیدا کرنے والے مختلف عوامل کی طرف ظاہر کرتا ہے خاص طور پر سرائیت کی طرف اور ایک مریض میں تیشلی بے صفرا بولی یرقان پیدا ہو گیا (16)۔

آلٹاف الدموی عدم دمویٹیں

(HÆMOLYTIC ANÆMIAS)

آلٹاف الدموی عدم دمویٹوں کا ایک گروہ خاندانی ہے اور اس میں بے صفرا بولی خاندانی یرقان، داسی خلوی عدم دمویٹ، جو کہ یرقان، غدی کلائیوں اور ٹانگوں پر قرعات کے ہمراہ جشیوں میں پائی جاتی ہے، شیرخوار بچوں کی بنا بیت ہی شاید اجمونا ہضی عدم دمویٹ اور نوزائیدوں کا خطہ ناک یرقان شامل ہیں۔ پھر مختلف سرائیتیں جن میں گیس گنگرین سب سے خراب عدم دمویٹ پیدا کرتی ہے، مزمن تفسیح، اطالت پذیر جمیات، سبھی بنتی مرض، بشمول نفاسی تب کے، حاد ریشیت، ساری التهاب دروں قلبہ جو کہ اور لمبی باز روی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، مدرن، آتشک، بشمول دوری ہیموگلوبن بولیت کے، لمیریا ہے۔ اور میسزمر مثلاً مشتقات اینی لائن، رصاصی سم، اور مکرر نقل الدم اور سب سے آخر میں حل ہے۔

علامات۔ اگر آلٹاف خون سرعت سے ہو تو ہیموگلوبن دمویٹ اور یرقان پیدا ہو جاتے ہیں۔ لونی قوت نما، لب عظام کی جمیعت کی نوعیت پر منحصر ہوتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، اور زور دار جمیعت کی حالت میں شبکی خلویٹ اور نواۃ دار سرخ غلیات دیکھے جاتے ہیں۔ بسا اوقات جگر اور لمحال کی اور کبھی کبھی لہفی غدو کی کلائیوں و لقم ہو جاتی ہے۔

بے صفرا بولی یرقان

(acholuric jaundice)

مزمن کلان طحالی اتلاف الدموی یرقان

(chronic splenomegalic hæmolytic jaundice)

یرقان کی اس مقابلتہ شاذ شکل میں قناتوں کا تسد و نہیں ہوتا، کیونکہ براز کا رنگ طبعی رہتا ہے اور قارورہ، قطع نظر شدید حملوں کے، صنفہٴ صفرا سے معرا ہوتا ہے۔ لیکن اس میں یوروبالین موجود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس دموی مصل میں صنفہٴ صفرا موجود ہوتا ہے، مگر وہ یوروبالین یا یوروبالکینوجن سے معرا ہوتا ہے۔ اس سے وان ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ اولی سبب سرخ خلیوں کا ایک نقص ہے، جو زیادہ بھر بھرا پن ظاہر کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 428)۔ طحال ان خلیات کو تعداد کثیر میں تلف کرتی ہے، اور خون میں کا صنفہٴ صفرا ان خلیوں کے ہیوگلو بن سے آتا ہے۔ اگر خون کی تعویضی باز پیدائش ناکافی ہو تو مریض عیدم الدم ہو جاتا ہے۔ نیجیاتی لحاظ سے طحالی لب میں کثیر اتلاف طبعی منظر رکھنے والے سرخ خلیے موجود ہوتے ہیں، اور قاعلی دم یا اس درجہ میں آزاد صنفہٴ آہن موجود ہوتا ہے۔ اجواف نسبتہً خالی ہوتے ہیں۔ یہ مرض پیدائشی اور اکتسابی دو شکلوں میں ہوتا ہے۔

بے صفرا بولی خانلانی یرقان (acholurie familial jaundice)۔ یہ

یرقان جو ناندان کے متعدد ارکان میں ہوتا ہے، اکثر پیدائش کے بعد فوراً دیکھا جاتا ہے، یا بعد میں بتدریج نمودار ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سالہا سال تک جاری رہے، یا یہ صاف ہو کر وقتاً فوقتاً پھر ہوتا رہتا ہے۔ مریض عیدم الدم ہوتا ہے، سرخ خلیے گھٹ کر ۳۰۰۰۰ یا ۳۵۰۰۰ ہوجاتے ہیں، اور متدل درجہ کی بولقموں خلویت، خلوی لاتساوی، متعدد الوان پسندی اور نقطہ دار اس پسندی ظاہر کرتے ہیں۔ اور فوات دار سرخ خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ شبکی خلویت ۵۰ فی صدی سے زائد ہونا، ایک نمیز خاصہ ہے۔ سرخ خلیات چھوٹا قطر رکھتے ہیں، لیکن طبعی سے زیادہ دیر ہوتے ہیں۔ ہیوگلو بن ۵۰ یا ۴۵ فی صدی تک گھٹ جاتی ہے

اور لونی قوت نما اکائی سے قدرے کم ہوتا ہے۔ سپید خلیے عموماً معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے بعض اوقات لمفی خلیوں کی تعداد حد سے زائد ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چند لمفی خلیے بھی موجود ہوں۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ مرضی حالت کی ترقی کے ساتھ اس کی سختی بڑھتی جاتی ہے۔ جگر محض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اس کا اکھب ہونا نامعلوم ہے۔ وہ اکثر اشتداد مرض کے دوران میں بڑا ہو کر بعد میں چھوٹا ہو جاتا ہے۔ دوران طفلی میں مریض عموماً اس طرح ٹھٹھڑے ہوئے نہیں ہوتے جیسے کہ کلاں طحالی کہبت میں ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 897) اور نہ ان کی انگلیاں گرز شکل ہوتی ہیں۔ مزید برآں ممکن ہے کہ یہ عارضہ ان کے لئے چند اں تکلیف دہ پنہاں اور وہ سالہا سال تک زندہ رہیں۔ نئی احمر نامرضی بافت لب عظام کے باہر پیدا ہو سکتی ہے۔ سبب میں یہ تودے لاشاعول کے ذریعہ دیکھنے پر دروں صدی نو مایہ سے خلط ملط ہو سکتے ہیں۔ سنگھائے صفر اکار ججان بھی پایا جاتا ہے۔

اکتسابی بے صفرا بولی یوقان (acquired acholuric jaundice)۔

مرض کی اس شکل میں علامات بالغ زندگی میں غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ عدم دمویٹ اکثر نمایاں ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سرخ جیسات ٹھٹ کر ۲۰۰۰۰۰ یا ہا یا اس سے بھی کم ہو جائیں۔ لونی قوت نما بعض اوقات متلف عدم دمویٹ کی طرح اکائی سے اوپر ہوتا ہے۔ یرقان اکثر بہت خفیف، اور طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ سرخ جیسات کا بھڑ بھڑا پن چند اصابتوں میں طبعی ہوتا ہے۔ مرض کی دونوں شکلوں میں، لیکن بالخصوص اکتسابی شکل میں، دم یا شیدگی کے استمدادات واقع ہوتے ہیں، اور منظر خون متلف عدم دمویٹ سے مشابہ ہوتا ہے۔

علاج۔ متلف عدم دمویٹ کی طرح جگر سے علاج کرنا چاہئے، بالخصوص اُس وقت جب کہ سرخ خلیات ویسے ہی میز تغیرات ظاہر کریں۔ اکتسابی اور پیداہی دونوں اصابتوں میں طحال کا استیصال کر دینے سے شفا ہو گئی ہے، اور اگر عدم دمویٹ شدید ہو تو اسی کو انجام دینا چاہئے۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اگر تندرست جانوروں میں طحال کا استیصال کر دیا جائے تو جیسات کا طبعی بھڑ بھڑا پن

کم ہو جاتا ہے۔ لیکن بے صفرا بولی یرقان میں یہ بھر بھرا پن، علیہ کے بعد کم نہیں ہوتا۔
 لیڈر (Lederer) کی (آٹاف الدموی عدم دمویٹ) یہ عدم دمویٹ
 کی ایک شاخ و قسم ہے، جو کہ بچوں میں زیادہ عام ہے، اور جس میں آٹاف الدموی عدم
 دمویٹ نہایت یکساں ظاہر ہو جاتی ہے۔ جگر اور طحال بڑے ہو جاتے ہیں۔ بالعموم
 ابیض خلویت ہوتی ہے جو کہ فی مکعب ملی میٹر ۴۰۰۰۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ بسا اوقات
 معدی معائی علامات موجود ہوتے ہیں۔ نقل الدم کے ذریعہ علاج کرنے پر سرعت
 کے ساتھ شفا یابی ہو جاتی ہے۔

طحالی عدم دمویٹ

(splenic anaemia)

یہ نام ان متعدد امراض میں سے ہے جن میں طحال کی بڑی کٹائی کے ساتھ
 عدم دمویٹ ہوتی ہے۔ ان کی مختلف امراضیات کا بیان صفحہ 454 پر درج کیا
 گیا ہے۔ لیکن بعض امراض میں یہ مرض بلا سبب آشکار ہوتا ہے۔ اور باقی رقبہ
 میں بلند فشار خون پایا جاتا ہے۔

علامات - پہلا واقعہ یا تو ایک عمومی عدم دمویٹ، یا قے الدم کا ایک
 حملہ ہے یا بائیں جانب میں درد کی کوئی شکایت ہوتی ہے، حوالاً گرو طحالی التهاب
 کے حملوں کے سبب سے ہوتی ہے۔ پہلے ہلکا سا درد کرنے پر طحال اکثر بڑی جسامت
 کو پہنچ چکی ہوتی ہے، اور دوران مرض میں وہ اتنی کافی بڑی ہو سکتی ہے کہ سامنے
 ناف تک اور پیچھے حرقی عرف تک پھیلی ہوئی ہے۔ عدم دمویٹ بہت زیادہ، اور
 اخضریت کے قسم کی ہوتی ہے، سرخ جیات ۲۰۰۰۰ سے لیکر ۴۰۰۰۰ تک
 جولانی رکھتے ہیں، اور ہیموگلوبن ۳۵ سے ۵۰ فی صدی تک۔ کوئی قوت نہایت
 سے کم ہوتا ہے، لیکن عموماً ۶۰ سے کم نہیں ہوتا۔ پید جیات طبعی کے نسبت
 عموماً کم تعداد میں ہوتے ہیں (قلت جیات پید)، اور اکثر صرف ۴۰۰ یا ۵۰۰
 فی مکعب ملی میٹر۔ ممکن ہے کہ طبعی نامیاضات اور چند کثیر نامیاضات موجود ہوں۔
 یہ مرض ایک طویل فترت کرتا ہے، اور اکثر تین یا چار سال تک، اور بعض

اوقات دس یا بارہ سال تک جاری رہتا ہے، اور عدم دمویت آہستہ آہستہ بڑھتی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ قسے الدم مکرر ہوا اور دوسرے نزقات جیسے کہ رُعاف یا شبکیہ نزف واقع ہوں۔ جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور باضنہ کی تکلیفیں ہوتی ہیں لیکن لمفائی غدہ کی کلانی نہیں ہوتی، اور بالعموم تپ بھی نہیں ہوتی۔ بعض اصابتوں میں جسد کی نمایاں لونیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ مرض دونوں صنفوں میں، اور بچپن سے لے کر آخری ادھیڑ عمر تک ہر سن میں ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک طویل عرصہ کے بعد جگر اور بھی زیادہ بڑا ہو جاتا ہے اور واضح طور پر اکبب ہوتا ہے۔ پھر اسکے بعد استتقار شکنی ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ بعض اوقات کہبت کے بغیر بھی ہو جاتا ہے۔ جگر کی واضح کہبت اور استتقار شکنی کا مستزاد ہونا عموماً مرض **بانتی** (Banti's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

دوسری اصابتوں میں طحالی عدم دمویت کے ساتھ طحالی وریڈوں کی علقیت پائی جاتی ہے۔ کہنہ اصابتوں میں مزمن گرد کبدی التهاب اور گرد طحالی التهاب ہیمنٹہ موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص - ممکن ہے کہ یہ مرض غیر بیض دمویتی بیض دمویت، متلف عدم دمویت اور ساری التهاب دروں قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہو جائے۔ اس کے حمیزہ خصوصاً یہ ہیں :- اخضریت کی قسم کی عدم دمویت، سپید جیات کی قلت، طحال کی بڑی جسامت، بیض دمویت کی عدم موجودگی اور لمفائی غدہ کی کلانیوں کی عدم موجودگی، مرض کی طویل مدت، اور نزقات کا وقوع۔ خبیث التهاب دروں قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔ کیونکہ اس آخری مرض میں طحال بہت بڑی اور عدم دمویت بہت نمایاں ہو سکتی ہے، اور ساتھ ہی پر پیورا اور نزقات واقع ہو سکتے ہیں۔ اور طحالی عدم دمویت میں دموی خریات کا موجود ہونا ممکن ہے۔

کہبت کی ان اصابتوں میں جن میں عموماً طحال بڑی ہوتی ہے، مرن سنی کی تشخیص قائم کرنے کا احتمال بہت زیادہ ہے۔ مصری کلانی طحال (Egyptian splenomegaly) (جو ملاحظہ ہو) سے اس مرض کی مشابہت کو بھی یاد رکھنا چاہئے۔

علاج - لوہا اور سنکھیا بے کار ہیں۔ اور اگر کچھ عرصہ مشاہدہ کے بعد شخص قائم ہو جائے تو طحال کا استیصال کر دینا جائز ہے۔ اگرچہ یہ نزف کے خطرے سے خالی نہیں، تاہم بعض اصابتوں میں پوری کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ بیض دمویت کی طرح اس مرض میں بھی رائجی شاعیں آزمائی جاسکتی ہیں۔ نقل الدم ایک مفید تخفیفی تدبیر ہے۔

بیض دمویت

(LEUKÆMIA)

(سفید خلیہ دمویت = leucocythæmia)

یہ نام مرض کی ان اصابتوں کو دئے گئے ہیں جن میں خون کے سپید خلیوں کی مجموعی تعداد میں یا سپید خلیوں کی کسی خاص قسم میں غیر بیض دموی بیض دمویت = aleukæmic leukæmia آگے ملاحظہ ہو) بڑی اور مسلسل زیادتی ہو اور اس کے ساتھ ہی لب عظام طحال یا لمفائی غد میں تغیرات واقع ہوں۔ بحث اسباب - بیض دمویت کی کسی شکل کا سبب معلوم نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ سپید خلیے پیدا کرنے والے اعضا کی وہ استجابت ہو جو کسی سرایت کے لئے ظاہر ہوئی ہو یا ممکن ہے کہ وہ محض سپید خلیوں کا لمبی سلسلہ ہو۔ لیکن کبھی کبھی عفونتی حالت کے بعد فوراً بیض دمویت واقع ہو جاتی ہے۔ لمبی خلوی (myelocytic) قسم عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اور زیادہ تر ادھیڑ عمر میں، گو بعض اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں بھی (لیکن شیرخواروں میں شاذی) واقع ہوتی ہے۔ لمفی خلوی (lymphocytic) بیض دمویت نوعمر اشخاص میں زیادہ عام ہوتی ہے۔

امراضیات - سفید گوں خلیات یا لمف آس خلیوں کی از حد زائد پیدائش ہو کر مرض کی دو ممتاز شکلیں پیدا کرتی ہے اور دوران خون میں سپید خلیوں کی غیر نختہ مشکوں کا ایک لشکر جمع ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض کی مختلف قسموں میں لب عظام

طحال اور لٹغانی غدود، یہ سب سپید خلیوں کو فاعلی طور پر پیدا کرنے کا فعل اختیار کر لیں۔ جب یہ فعل جاری رہتا ہے تو طبی ذخیروں پر اور بھی زیادہ دباؤ پڑتا ہے اور یہ خلیے خون کے اندر اور بھی زیادہ اولین شکل میں پہنچ دئے جاتے ہیں۔ بعض اصابہ تول میں طبی ذخیروں کی اس بڑھی ہوئی فعالیت کے ساتھ غیر معمولی مقامات پر سپید خلیوں کو پیدا کرنے والے تنازعہ رقبہ بن جاتے ہیں جو یا تولت آسا (myeloid) یا لیمف آسا (lymphoid) نوعیت کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ در ریش جلد کے نیچے، یا جسم کے مختلف حصوں میں گرہیں پیدا کر دیں (گرہ کی مبيض دمویت nodular leukaemia = یا سلسلہ اخضر جو آن کی سبز رنگت کی وجہ سے اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ آگے ملاحظہ ہو)۔ لیمفی لحمی سلسلہ کے ساتھ قریبی تعلق ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 441)۔

439

بيض دمویت میں اساسی تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیمیائی امتحان، خون میں یورک ایسڈ کی نہایت زیادتی ظاہر کرتا ہے، جس کے تعلق یہ باور کیا جاتا ہے کہ بر سفید خلیات کے اتلاف سے پیدا ہوتا ہے۔

لبی خلوی ببيض دمویت

(MYELOCYTIC LEUKAEMIA)

طحالی لبی سفید گوں، لب آسا، یا ذراتی ببيض دمویت، لبی خلوی دمویت

(spleno-medullary, leucoid myeloid, or granular

leukaemia ; myelocythæmia)

خون کی حالت - ببيض دمویت کی خوب نمایاں مثالوں میں جب خون زخم سے نکلتا ہے تو شاحب اور پتلا ہوتا ہے، اور جیسا کہ موت کے بعد دیکھا جاتا ہے، وہ پھیکے رنگ کے پیپ جیسے ٹھکے بنا دیتا ہے۔ سپید جسامت فی کعب ملی میٹر بجائے ۸۰۰۰ یا ۹۰۰۰ کے ۲۰۰۰۰ سے ۹۰۰۰۰ تک ہوتے ہیں، اور سرخ جسامت ۳۰۰۰۰ سے لے کر ۲۰۰۰۰۰ تک، یا بلکہ اتنے کم کہ ۱۰۰۰۰۰ ہو سکتے ہیں۔ فوات دار سرخ خلیے کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ لونی قوت نما اکائی سے کم ہوتا ہے، لیکن اگر آخری درجوں میں کبیرا، بعضی رد عمل ہو تو وہ بلند ہوئے کار جحان رکھتا ہے،

جس میں سرخ خلیے متکلف عدم دمویت کے مینر خصائص ظاہر کرتے ہیں، لیکن جہاں تک سپید خلیوں کا تعلق ہے منظرِ خون سفید گوں بیض دمویت کا ہوتا ہے، جس میں سفید شمار کی مقدار کم ہوتا ہے۔

مرض کے نسبتاً ابتدائی درجے میں، بالخصوص جب کہ مرض مزمن ہو، کثیر الاشکال نواتی خلیے نہایت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اُن میں سے بیشتر معمول کے نسبت بہت بڑے اور بعض سرسجھا انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ ایسے بعدلتی خلیے بھی موجود ہوتے ہیں جن کے نوات نسل نما ہوتے ہیں، اور چند تمثیلی ذراتی اور ایوسین پسند لیتی خلیے بھی۔ ایوسین پسند اور مستولی خلیات زیادہ ہو جاتے ہیں، لیکن لمفی خلیے بہت زیادہ نہیں ہوتے نسبتاً بعد کے درجے میں چند ہی لمبی سپید خلیے موجود ہوتے ہیں لیکن پیش سپید خلیے، لمبی خلیے، میش لیتی خلیے اور مستولی خلیات بہ کثرت ہوتے ہیں۔ اس کے اور بعد میں لیتی نامہضات کا غلبہ ہوتا ہے۔ اگر مَرَض سرسج ہے (لمبی نامہضی بیض دمویت = myeloblastic leukæmia) تو نسبتاً زیادہ اولیں خلیات، یعنی لیتی نامہضات، ابتدائی سے بڑی تعداد میں دیکھے جاتے ہیں اور دوسرے اقسام کے سپید خلیے غیر موجود ہوتے ہیں اور دُموی لوجیس بھی کم ہو جاتے ہیں۔

مرضیاتی تشریح۔ لحال کا وزن اکثر ۵ یا ۶ پاؤنڈ ہوتا ہے، لیکن ۸ پاؤنڈ کا وزن بھی مندرج ہوا ہے۔ وہ یکساں طور پر بڑی ہو جاتی ہے اور اپنی طبعی شکل برقرار رکھتی ہے۔ اس کی سطح پر اکثر کیسہ کی دبازت کی چکٹیاں موجود ہوتی ہیں اور وہ دیوارِ شکم، ڈایا فرام یا متعلقہ اجزاء سے کم و بیش چسپی ہوئی ہوتی ہے۔ تراشنے پر اس کا رنگ سرخ ہونے کے بجائے کیتھربھوراسا ہوتا ہے، جو یکساں ہوتا ہے یا سہکوں کی دبازت کی وجہ سے نسبتاً پھیکے رنگ کے خطوط کے نشان موجود ہوتے ہیں۔ وہ چکنی، سخت اور خشک ہوتی ہے۔ اکثر اوقات بڑے بڑے فائے نامہضات ہوتے ہیں، جو یا تو زرد اور مہینی یا سرخ اور زنی ہوتے ہیں۔ خود لحال میں جو تغیر ہوتا ہے وہ یہ ہے کہ طحالی کتب بہت بڑھ جاتا ہے، جو انہیں خلیوں سے پُر ہوتا ہے جو خون میں پائے جاتے ہیں اور مالیقی اجسام کے خاکے غیر واضح ہوتے ہیں۔ کہنے اصابتوں میں ہیکل زیادہ لینی اور سہکیں زیادہ دبیز ہو جاتی ہیں۔

جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کی جسامت معمول کے نسبت دوگنی یا تینگنی ہو جائے۔ وہ پھیکے رنگ کا اور چمکنا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ خردین کے نیچے سپید خلیوں کی ایک کثیف درریشش (لبی خلوی درریشش) ظاہر کرے، جن کی بیشتر تعداد باہی عروق کی توزیع کے گرد واقع ہوتی ہے، لیکن ایک حد تک گراہکی تو دونوں کی صورت میں بھی ہوتی ہے۔ عروق بھی سپید خلیوں سے پر ہوتے ہیں۔ گردے پھیکے رنگ کے اور مادی مائل سپید مطروحات ظاہر کرتے ہیں جو قشری انہیبات کے درمیان دھاریوں کی طرح دوڑتے ہیں۔ ممکن ہے کہ التهاب الفم یا التهاب بلعوم، لوزتین کا ورم، اور زبان کی جڑ میں کے جراثیمات کا ورم، اور معائ کے جراثیمات کا ورم اور قح بھی ہو۔ تیموسی (thymus) 'درقی (thyroid) اور فوق الکلید غلہ بھی مرضی ہو سکتے ہیں، اور جلد کی رسولیاں بھی مندرج ہیں۔ بعض اوقات بھیچڑھے نرفی مغنات پیش کرتے ہیں۔ لب عظام زرد اور یریم نما یا گلابی اور سخت ہوتا ہے اور لب کی چربی کے بجائے فاعلی لب جیسی ایک بافت پیدا ہو جاتی ہے جس میں لبتی خلیات اور لوات دار سنخ خلیے بکثرت ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ بعض اوقات ایوسین پسند خلیے ہوتے ہیں، اور لبتی ناہضات یا بڑے لمفی خلیے ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے دماغی نرف کے علاوہ، دماغ اور نخاع میں منتشر تصبلی تغیرات اور حاد التهاب کے منتشر رقبے پائے گئے ہیں۔

440

علامات - حاد لبتی ناہضی بیض دمویت (acute myeloblastic leukaemia) - ممکن ہے کہ یہ تمام بیض دمویوں میں سب سے زیادہ عادی ہو، اور ایک مریض میں مرض کا سارا نمبر ایک ہفتہ سے بھی ذرا ہی کم تھا (22)۔ خون کے اندر لبتی ناہضات کی تعداد اور عدم دمویت دونوں بہ سرعت زیادہ ہو جاتے ہیں۔ مزمن لبتی خلوی اشکال کی طرح اس میں بھی کثیر التعداد نرفات ہوتے ہیں۔

مزمن لبتی خلوی بیض دمویت (chronic myelocytic leukaemia) - بیض دمویت کے ابتدائی علامات میں سے، کثیر التعداد اصابتوں میں، ورم شکم ہے جو کلانی طحال کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ کلانی بلا کوئی امارت ظاہر کے کچھ عرصہ سے نمایاں ہوتی رہی ہو۔ پھر ممکن ہے کہ

یشکم کی ساری بائیں جانب میں متھن پائی جائے اور ایک مضبوط سخت رسولی بنا دے، جو پیچھے کے طرف پہلو کے اندر پھیلتی ہے، اور اُس کا اگلا حاشیہ نویر ضلعی کُری کے قریب سے شروع ہو کر ناف کے لیول پر خط درمیان فی میں پہنچ جاتا ہے، اور اکثر اوقات اس کے نیچے ۲ یا ۳ انچہ دائیں طرف کو پھیلتا ہے۔ یہ محل وقوع اُس کے عروق سے اُس کی چسپیدگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جو اسے ایک ایسے دائرے کے محیط کے برابر برابر بڑھنے پر مجبور کرتے ہیں، جس کا مرکز شکمی محوری شریان ہے۔ اُس کا اگلا کنارہ کم و بیش تیز ہوتا ہے اور ایک یا دو کٹاؤ پیش کرتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں طال ملیر یا فی کلا نیوں کی طرح اور جیسا کہ تیب محرقہ کی بعض اصابتوں میں ہوتا ہے، محض بائیں مرقی خطے میں واقع ہوتی ہے۔ جگر معتدل درجہ تک بڑھا ہوا ہوتا ہے اور دائیں ضلعی حاشیہ نیچے ۲ یا ۳ انچہ تک محسوس ہو سکتا ہے۔ لب عظام کی ماؤفیت بعض اوقات دبائے سے یا متناظر بڑی کا قعر کرنے سے اہمیت سے معلوم ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ عدم دمویت جس کے ہمراہ جلد اور مخاطی اغشیہ کا تحوب پایا جاتا ہے، تاخیر سے نمودار ہو۔

خون کی متغیر حالت، ٹھہر اور نزفات کے وقوع سے ظاہر ہوتی ہے، اور آخر الذکر بالخصوص رُعاف، موڑھوں اور منہ سے ادا ہوا اور جلد کے نیچے یر یو رائی دھتوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، لیکن کبھی کبھی پھیپھڑوں، معدے اور آنتوں گردوں، یا رحم سے ادا ہوا، یا دماغ کے اندر نزف بھی ہوتا ہے۔ شبکیہ میں بھی نزفا ہوتے ہیں، جہاں وہ ایک چشم بین سے نظر آسکتے ہیں، اور اُن کے ساتھ سمید دھاریاں اور دھبے بھی ہوتے ہیں، جو کہتے ہیں کہ سپید خلیوں کے تودے ہوتے ہیں۔ شبکیتی وریڈیں اکثر نمایاں طور پر پوچپدار ہوتی ہیں (بیض دمویۃ التهاب شبکیہ = leukæmic retinitis)۔

مرض کا مرموماً مُترقی ہوتا ہے، یہاں تک کہ اُس کا خاتمہ بلاکت کے ساتھ ہو جائے، اور وہ چھ ماہ سے پانچ سال تک جاری رہتا ہے۔ خاتمہ کے قریب شوب زیادہ ہو جاتا ہے، پاؤں اور جسم کے دوسرے حصے اذیمائی ہو جاتے ہیں، ممکن ہے کہ استغفار شکمی اور استغفار الصدر متراد ہو جائیں، نبض تیز ہو جاتی ہے، اور اختلاج

اکثر ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اسپہال ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ اکثر اوقات کچھ تپ موجود ہوتی ہے۔ بالآخر نقصان خون، ہناکت، اسپہال، ذات الحب، ذات الریه، ششی التہاب یا اتساع قلب سے، اور کبھی کبھی دماغی نزف سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص - تشخیص کا انحصار کلائی لہال (ملاحظہ ہو صفحہ 458) اور خون کے امتحان پر ہوتا ہے۔ آخر الذکر بالکل ناگزیر ہے۔ اس وقت بھی جبکہ مریض کا رنگ سرخ ہو، ممکن ہے کہ بیض دمویت نمایاں ہو۔

انذار آزارناہوافق ہوتا ہے، لیکن موثر علاج کرنے سے ممکن ہے زندگی اٹھاتے پذیر ہو جائے۔ لہذا، بعض بیض دمویت ابتدائی مرحلہ میں ہلک ہو جاتی ہے۔

علاج - سنکلیا ہی وہ دوا ہے جس سے سب سے زیادہ تو قعات پیدا ہو گئی ہیں۔ اسے بالاستعمال اور جب تک اس کی برداشت پائی جائے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، اور اس کے استعمال سے لہال کی کلائی اور سپید خلیوں کی تعداد بہت کم ہو گئی ہے۔ بنیزال (benzol) کے علاج کے تحت سپید خلیوں کی تعداد اور لہال کی جسامت میں حیرت ناک تخفیف دیکھی گئی ہے۔ اس کی روزانہ مقدار ۳۰، ۶۰، یا ۹۰ قطرے ہیں، جو کیسوں کے اندر روغن زیتون کی مادی مقدار کے ساتھ لئے جاتے ہیں۔ اس علاج کو تیلنگ (Selling) نے رائج کیا، جس نے دریافت کیا کہ بنیزال کے متعلق کام کرنے والے اکثر سپید خلیوں کی خطرناک قلت کے عارضہ میں مبتلا ہو گئے۔ عمیق لاشعاعی علاج، لہالی خطے اور لمبی ہڈیوں (عظم الغض) کے بڑا میوں پر لگانے سے سپید خلیوں کی تعداد اور لہال کی جسامت دونوں کو کم کر دینے کا قطعی اثر رکھتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ دونوں طبعی حالت کے ہو جائیں۔ جب سپید خلیوں کی تعداد کم ہو کر ۳۰۰۰۰ اور ۴۰۰۰۰ کے درمیان رہ جائے تو لاشعاعوں کا لگانا موقوف کر دینا چاہئے، کیونکہ ان کا فصل کچھ عرصہ بعد تک جاری رہتا ہے۔ اس امر کا لحاظ کرنا بھی اہم ہے کہ سفید خلیات اپنی اکال خلی قوت برقرار رکھیں (85)۔

لہال براری (splenectomy) ہو یا نزف کے باعث ہمیشہ ہلک ہوئی

لمفی بیض دمویت

(lymphatic leukæmia)

لمفی خلوی ملف آسا یا غیر درآتی بیض دمویت، لمفی خلیہ دمویت

(lymphocytic lymphoid, or non-granular leukæmia ;

lymphocythæmia)

یہ لمفی خلوی قسم کے نسبت زیادہ شاذ واقع ہوتی ہے۔
خون کی حالت - مزمن لمفی خلوی بیض دمویت میں لمفی خلیے زیادہ ہوجاتے ہیں، لیکن کثیر الاشکال اور دوسرے خلیوں کی تعداد تقریباً ویسی ہی رہتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مجموعی سفید خلوی شمار..... ۱ ہو اور ان میں سے ۹۵ فی صدی یا سب مل کر ۹۵۰۰ لمفی خلیے ہوں اور باقی ماندہ ۵۰۰ کثیر الاشکال ہوتے ہیں جن کے ساتھ چند ایوسین پسند اور متولی خلیات ہوتے ہیں۔ مادمفی بیض دمویت میں جو ایک سرسبز مکررکتی ہے نسبتاً بڑے غیر بختہ قسم کے خلیے غالب تعداد میں ہوتے ہیں۔ لیکن ان کو لمفی ناہضی بیض دمویت کے لمفی ناہضیات سے تمیز کرنا اگر نا ممکن نہیں تو مشکل ضرور ہے۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ سپید خلیوں کی مجموعی تعداد فی کعب ملی میٹر طبعی تعداد کے نسبت بہت زیادہ نہ ہو یا بالکل زیادہ نہ ہو لیکن اگر اس میں بھی لمفی خلیوں کا مجموعی شمار فی کعب ملی میٹر زیادہ ہو جائے اور کثیر الاشکال خلیے غیر متغیر یا کم ہوں تو لمفی بیض دمویت کی حالت شناخت ہو جانی چاہئے۔ ایسی امصابوں کو اکثر غیر بیض دمویتی بیض دموی (aleukæmia leukæmia) کہتے ہیں۔ یہ لمفی لمفی سلمہ سے ناقابل تمیز ہے اور غالباً وہی ہے، کیونکہ دونوں میں لمفی غد اور خون کا نسجیاتی منظر بالکل مائل ہوتا ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ امصاب جو لمفی لمفی سلمہ کے طور پر شروع ہوتی ہیں، لمفی بیض دمویت کی حیثیت سے ختم ہوتی ہیں۔ عموماً ایک ثانوی عدم دمویت ہوتی ہے جس میں چند خوات وارسخ خلیے بھی ہوتے ہیں۔ جیسا کہ لمفی خلوی بیض دمویت میں ہوتا ہے، ممکن ہے کبیر ناہضی رد عمل موجود ہو اور سرخ خلیات کا منظر تلف عدم دمویت سے مشابہ

ہوتا ہے۔

علامات - حاد لمفی خلوی بیض دمویٹ (acute lymphocytic

leukaemia) - یہ دونوں صنفوں میں اور سات اور اٹھاون سال کے درمیان ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ یہ بیماری دو ہفتوں سے لے کر تین یا چار مہینوں کے درمیان مہلک ثابت ہوتی ہے۔ یہ عام کمزوری اور کلمندی یا دردِ طحال یا دردِ مفصل کے ساتھ غیر محسوس طور پر شروع ہوتی ہے۔ بیرونی غدِ بڑے ہو سکتے ہیں لیکن ہمیشہ بہت اُبھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ طحال اور جگر کی خفیف کلائی موجود ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ہڈیاں اَلیم ہوں۔ لُب شروع سے لمفی خلیوں سے ٹکسا ہوا ہوتا ہے اور اس سے جلد ہی نمایاں عدم دمویٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں شدید التهابِ الغم ایک نمایاں خاصہ ہوا ہے جس کے ساتھ مسوڑھوں کا اغشاء اور گتنگریں ہوتا ہے۔ اِدکس کے ساتھ ہی تپ اور مسوڑھوں اور آنٹوں سے اور جلد کے نیچے نزقات واقع ہوتے ہیں۔ جسم کے بہت سے ٹھوس غدِ لمفی خلیوں سے گنجان طور پر ٹکسے ہوئے ہوتے ہیں اور اسیواسطے وہ بہت بڑے ہو جاتے ہیں مثلاً جگر، طحال، گردے، سرگردے، لبلبہ، ریتی غد، اور دمی غد۔ اور غدِ تیموسید علیٰ حالہ موجود رہتا ہے اور بہت بڑا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عضلہ قلب بھی لمفی خلیوں سے درخیختہ ہو۔ مجری شہم کی بیض دمویٹ درخیختگی کے باعث نحوذا لیمین بھی دیکھا گیا ہے۔ عموماً خاتمہ سے پہلے استقامت ہو جاتا ہے۔

لمفی خلوی بیض دمویٹ کے برعکس لمفی خلوی بیض دمویٹ میں طحال نفاذی اتنی بڑی ہوتی ہے اور سارے جسم کے لمفاتی غد اور اعضا عنقودی اور بے فانی دونوں اکثر وسیع طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔

مزمن لمفی خلوی بیض دمویٹ (chronic lymphocytic

leukaemia) - یہ مرض جو ممکن ہے کہ تقریباً چھ مہینوں یا ایک سال سے لے کر بارہ بلکہ اٹھارہ سال تک جاری رہے، لمفاتی غد میں شروع ہو کر ان کے گرد ہوں کو یکے بعد دیگرے ماؤف کرتا جاتا ہے، یہاں تک کہ جسم پر کے تمام

لمفائی غدود ماؤف ہو جاتے ہیں، اور وہ گرون، بَن ران یا بَنل میں محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ وہ معتدل طور پر بڑے ہو جاتے ہیں، زیادہ سخت نہیں ہوتے، اور ایک دوسرے پر آزادانہ طور پر حرکت کرتے ہیں۔ متذکرہ بالا غدو کے نسبت ماسارقی غدود اور بھی زیادہ کثرت سے بڑے ہو جاتے ہیں، لیکن غلف الباریطون، صدری، بابی، اور حرقفی غدود نسبت کم کثرت سے بڑے ہوتے ہیں۔ تراشنے پر غدود سپیدی یا نل گلابی رنگ کے، اور خرد بین سے دیکھنے پر لمفی خلیوں سے متہدد نظر آتے ہیں۔ ازان لُب عظام ماؤف ہو جاتا، اور لمفی خلیوں سے بھسا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے ایک غیر تکوینی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لُئی خلوی بیض دمویت کے نسبت اس میں نرف کارجمان کمتر ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ حیوی اعضا پر غدود کے دباؤ کے اثرات سے، یا لمفی خلیوں سے اُن کی درخیمگی ہو جانے سے، یا ویدی علیقت کی وجہ سے مریض ہلاک ہو جائیں۔ ان مزین اصابتوں میں لمحال اور جگر بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔

442

تشخیص۔ کسی ایسی مبہم بیماری میں جس میں شحوب ہو، یا غدود لوز تین یا طحال بڑے ہوں، یا نزفات، یا پیوریا ہوں، یا مسوڑھوں کا اغاث ہو، خون کا امتحان کر کے لمفی خلیوں کی ممکن احتیاط کے ساتھ کرنی چاہئے۔ اندازاً و اصابتوں میں برا ہوتا ہے، جن میں نلکیا سے یا عمیق لاشاعوں کے ذریعہ علاج کے لئے وقت بہت کم ہوتا ہے۔ کم سر بیج اصابتوں میں ان دواؤں کو آزمانا چاہئے۔

سلعہ انخضر (chloroma)۔ لمفی بیض دمویت کے ساتھ قریبی تعلقات پیش کرنے والی ایک حالت ہے، جس کو سلعہ انخضر کہتے ہیں۔ اس میں کثیر التعداد رسولیاں یا لف آسامطروحات، بالخصوص مجرین میں (جس سے مجموعاً العین کا پیدا ہو جانا ممکن ہے) صدغی حفرات میں اور کھوپری کی ہڈیوں کے گرد عظمہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ رسولیاں لمتہ پر اور جلد کے نیچے اور مختلف اعضا مثلاً گروہ میں بھی پیدا ہو جاتی ہیں، اور بیض اوقات یہ رسولیاں دوران زندگی میں بھی سبز رنگ کی ہوتی ہیں (سرطان الانخضر = green cancer) جو کہ جلد کے نیچے سے نظر آتا ہے۔ دوسری رسولیاں بے رنگ ہوتی ہیں۔ لُب آسا سلعہ انخضر (myeloid chloroma) کی

اصابتیں مشاذ تر ہوتی ہیں۔ موت کے بعد یہ مختلف رسولیاں ہرے رنگ کی ہوتی ہیں، جو کشف کرنے پر پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور لمفی غدو، طحال، لبِ عظام اور دوسرے اعضا ویسی ہی حالت میں ہوتے ہیں جیسی کہ لمفی خلوی بیض و مویت کے ساتھ ہوتی ہے۔ ہرے رنگ کی حقیقی ماہیت نامعلوم ہے۔ وہ صبخہ صفرانہیں ہے۔ لیکن قیاس یہ ہے کہ وہ وہی سبز رنگ ہے جو کہ اکثر پیب میں دیکھا جاتا ہے۔

کثرتِ خلیاتِ احمر

(POLYCYTHÆMIA RUBRA)

کثرتِ خلوی و مویت (polycythæmia) یا کثرتِ خلیاتِ احمر جس میں خون کے سُرخ خلیے زیادہ ہو جاتے ہیں (۱) سرخ خلیے بنانے والے اعضا کے اولی مرض کے طور پر پیدا ہو جاتی ہے (احمر و مویت = erythræmia) (۲) اور دورانی یا تنفسی نظامات کے کسی ایسے خلل سے بھی پیدا ہو جاتی ہے، جس سے آکسیجن کی قلت واقع ہو جائے اور جس کی تعویض کے لئے ہیموگلوبن کے حاملین زیادہ تعداد میں ضروری ہو جیسے کہ پیدائشی مرضِ قلب میں۔ اس ثانوی کثرتِ خلیاتِ احمر کو احمرِ خلویت (erythrocytosis) کہتے ہیں۔

کثرتِ خلیاتِ احمر کی اصابتوں میں اساس تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔

احمر و مویت

(erythræmia)

یہ زیادہ تر تیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمر کے مریضوں میں واقع ہوتی ہے، اگرچہ کبھی کبھی ان حدود سے اوپر یا نیچے کی عمر کے مریض بھی ہوتے ہیں۔ اس کی نمایاں یا شدید شکل میں سُرخ جیات کی تعداد فی کعب ملی میٹر ۱۰ ملین سے لے کر ۱۴ ملین تک مختلف ہوتی ہے، اور اگر خون کو ٹھیرا رہنے دیا جائے تو دیکھا جاتا ہے کہ

جیسا کہ سیال کے ۹ حجم کے برابر جگہ گھیرتے ہیں۔ ہیموگلوبن طبعی سے ۱۳۰، ۱۶۰ یا ۱۸۰ فی صدی تک زیادہ ہو جاتی ہے۔ لونی قوت نفاذی ہوتا ہے جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سرخ خلیے چھوٹے ہیں۔ سپید خلیوں کی تعداد ہمیشہ ہی بڑھی ہوئی نہیں ہوتی، مگر ممکن ہے کہ وہ فی کعب ملی میٹر ۲۴۰۰ تک پہنچ جائیں اور خاص زیادتی کثیر الاشکال خلیات میں ہوتی ہے۔ خون کی لزوجت معمول کے نسبت تنگنی یا چوکنی ہو جاتی ہے۔ کثافت نوعی اور عرصہ تروییب کا معمول کے نسبت نیچے یا زائد ہونا ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔ خون کا دباؤ بعض اوقات بلند ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

مرضی تشہیح۔ کلاں شدہ طحال محقق ہوتی ہے، اور طحالی لب کی بیش تکوین اور تلیف پایا جاتا ہے، لیکن عام طور پر احمرنا مرضی یا لب آسا خالیست کی کوئی شہادت نہیں ہوتی۔ لفظی غدد بالعموم غیر متاثر ہوتے ہیں۔ مگر ممکن ہے محقق ہو۔ لب عظام عام طور پر گہرے سرخ رنگ کا ہوتا ہے اور صمغی لب بالکل دکھائی نہیں دیتا چنانچہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ سرخ خلیات کی تکوین کا وظیفہ بہت بڑھ گیا ہے۔

امراضیات۔ اسی کے مطابق اس حالت کی امراضیات کے متعلق عام طور پر مسئلہ فطریہ یہ ہے کہ کسی نہ کسی سبب سے لب عظام میں ہیجان پیدا ہو کر احمر خلیات کی بافراط تکوین ہوتی ہے، اور یہ کہ دیگر تغیرات نافذی ہیں۔ اس امر کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ کثرت خلیات احمر، بافوس میں آکسیجن کی احتیاج کا نافذی نتیجہ ہے۔ وہ مرضی جو آکسیجنی کو شک میں رکھے جاتے ہیں اس مدت کے ختم پر خون میں کوئی تبدیلی ظاہر نہیں کرتے۔

۱۴۸ **علامات**۔ اس کثرت خلیات احمر کے ساتھ جو حالتیں عموماً پائی جاتی ہیں

یہ ہیں: — ذراق اور طحال کی معتدل یا بڑی کلائی۔ زراق بالخصوص چہرے، کانوں اور مخاطی اغشیہ پر ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۶ الف صفحہ ۴۳۳)۔ چہرہ پر ایک مخصوص و مبینہ چمک یا سرخی نظر آتی ہے۔ ممکن ہے یرقان ہو اور گاہے کہبت بھی، چنانچہ مصل وان ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل دیتا ہے (۸۸)۔ شبکیہ کی وریدیں محقق اور نہایت سیاہ ہوتی ہیں۔ مریض کو درد سر یا سر میں ایک پری کا احساس ہوتا ہے، آلکسی، دوران سر، ہضم، قبض اور تشنگی کی شکایت ہوتی ہے

اور مختلف اقسام کے نزقات ہو جاتے ہیں جن میں رُعاف، مسوڑھوں سے خون آنا، کثرتِ طمث، تھے الدم اور دماغی نزف شامل ہیں۔ شرائین کی صلابت ہوتی ہے جس سے علقی الہتاب العسرق انطاسی (thrombo-angitis obliterans) 'معدہ متوقف' عرجان (intermittent claudication) اور حرقی وجع الجوارح (erythro-melalgia) یا داء النفس کے پیدا ہو جاتا ہے۔ گردے ممکن ہے متاثر ہو جائیں۔ لیکن ہر نفع ہو اور یورک ایسڈ کے سنگ موجود ہوں (38)۔ بعض اصابتوں میں وسیع وریدی علقیت واقع ہو گئی ہے۔

متذکرہ بالا اصابتوں سے [جو پہلے کثرتِ خلیاتِ احمر معہ کلانی طحال (polycythæmia with splenomegaly) کے نام سے بیان کی جاتی تھیں] بعض اصابتیں کسی قدر مختلف ہوتی ہیں جو نسبتاً قلیل الوقوع ہیں اور جن میں طحال کی کلانی تو نہیں ہوتی لیکن خون کا دباؤ بہت زیادہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ۲۰۰ ملی میٹر پارے (Hg) تک بھی پہنچ جائے۔ مریضوں کا منہ اکثر تپناؤ دار ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ان کا قلب بیش پرور ہو، ان کے پیشاب میں البیومن ہو، اور ان میں صلابت الشرائین کے امارات موجود ہوں۔ ان امارات کو ابتداءً گیسٹ بوک (Geisbock) نے بیان کیا، اور بیش نشی کثرتِ خلیاتِ احمر (polycythæmia hypertonica) کے نام سے موسوم کیا۔

احمر دمیت کی اصابتوں کی رفتار مختلف ہوتی ہے۔ فشل قلب سے یا دماغی عروقی پھیدگیوں سے یا تدریجاً ہلاکت واقع ہو گئی ہے۔

علاج۔ اس مرض کے لئے وقتاً فوقتاً قصد کا کھول دینا ایک اچھا علاج ہے۔ ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کے ذریعہ سے ہر چھ مہینے ۱۶ پائنٹ سے لے کر پائنٹ تک خون نکال دینا چاہئے۔ خون کی تجمید روکنے کے لئے سائٹریٹ استعمال کرنا چاہئے جیسا کہ نقل الدم کے لئے خون نکالتے وقت کیا جاتا ہے۔ ہڈیوں کے لاشعاعی علاج سے بھی کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ حال ہی میں فینیل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine) روزانہ ۱۵۰ گرام براہِ دہن استعمال کی گئی ہے۔

احمر خلویت

(erythrocytosis)

اس اصطلاح کے تحت اُن امابتوں کو شامل کرنا مقصود ہے کہ جن میں کثرتِ خلیاتِ احمر لبّ عظام کی بڑھی ہوئی فعالیت کے باعث ہی ہوتی ہے (پارکس ویبر = Perkes Weber) لیکن اس فعالیت کی نتیجہ قابلِ شناخت مابقی حالات کی وجہ سے ہوتی ہے۔ چنانچہ ایک گروہ مزمن قلبی اور ریوی ضررات سے بنتا ہے جن میں سے قلب کا پیدا شدہ تشنہ نمایاں ترین ضرر ہے۔ اور دوسرے ضررات اکتسابی مصرعی مرض کی مختلف شکلیں، نفاخ (emphysema) اور مزمن ریوی امراض ہیں جن کے ساتھ زراق کا ہونا ممکن ہے (مرض آیرزا = Ayerza's disease)۔ ان میں خون کا قلیل تا کہ لبّ عظام کے لئے پیچ کا کام دیتا ہے۔ ”گیس زدہ“ مریض ایک دوسرا گروہ ہیں۔ ان میں احمر خلویت ایک آکسیجنی کو شک کے اندر (جس میں ۳۰ فی صدی آکسیجن موجود ہو) علاج کرنے سے کم ہو جاتی ہے (Hunt & Dufton)۔ ایک اور گروہ اُن اشخاص کی کثرتِ خلیاتِ احمر سے بنتا ہے جو بلند ارتفاعات کے رہنے والے ہوتے ہیں جہاں خلیاتِ احمر کی زیادتی اس قلیل آکسیجنی تنش کی تلافی کر دیتی ہے جو کہ تنفس کے لئے حاصل ہونے والی ہوا میں پائی جاتی ہے۔ کثرتِ خلیاتِ احمر فاسفورس اور کاربن ہائڈکائیڈ کے مزمن قسم میں اور ایڈن (Addison) کے مرض اور ذیابیطس قوما میں بھی واقع ہوتی ہے۔ جیسا کہ احمر و مویٹ میں ہوتا ہے، سرخ جیسات سے آٹھ یا فو ملین (ایک ملین = ۱۰ لاکھ) تک پہنچ سکتے ہیں۔ خون کی ہیموگلوبن اور لزوجت دونوں مقدار میں زیادہ ہو جاتی ہیں۔

ہیموگلوبن مویٹ

(HEMOGLOBINÆMIA)

ہیموگلوبن و مویٹ اس وقت پیدا ہو جاتی ہے جب کہ عروق و مویہ کے اندر

دموی جسامت کی ٹوٹ پھوٹ واقع ہو کر پلازما کے اندر ہیموگلوبن خارج ہوتی اور اُسے گلابی جھلک دے دیتی ہے۔ اور جسامت دمووی بینڈ (rouleaux) بنانے کا رجحان بالکل نہیں رکھتے۔ عام طور پر عدم دمویت معہ کسی قدر بولوں خلویت اور خلوی لاتاوی کے موجود ہوتی ہے۔ نہایت ہی شاحب جیسے (سایہ نازجسمہ) دیکھے جاتے ہیں۔ پھر یہ ہیموگلوبن گردوں سے خارج ہو کر پیشاب کے رنگ کو گہرا سرخ بنا دیتی ہے اور پیشاب بالکل صاف ہوتا ہے۔ اس حالت کو ہیموگلوبن دمویت کہتے ہیں اور یہ دمبولیت سے متفرق ہوتی ہے جس میں پیشاب کے ساتھ خود خون اور اُس کے جسامت لے ہوئے ہوتے ہیں اور پیشاب دھوئیں کے رنگ کا ہوتا ہے کیونکہ روشنی سرخ جسامت کی سطحوں سے منعکس ہو جاتی ہے۔ طیف نما سے امتحان کیا جائے تو ہیموگلوبن دمویت میں پیشاب سبز اور زر حصہ میں دو دھاریاں ظاہر کرتا ہے جو کہ آکسی ہیموگلوبن کے ساتھ مختص ہیں اور وہ طیف کے سرخ سرے کی طرف ایک اور دھاری دیتا ہے جو کہ میٹ ہیموگلوبن کا نتیجہ ہے۔ آخر الذکر آکسی ہیموگلوبن پر پیشاب کی تاثیر کا نتیجہ ہے۔ پیشاب میں البیومن ہوتا ہے۔ خفیف تر حملوں میں غالباً جسامت کی بہت تخوڑی تعداد مشککہ ہوتی ہے، ہمیشہ جگر میں ٹھکانے لگتی ہے اور گلابولن پیشاب میں خارج ہو جاتی ہے۔ ایسی حالتوں میں پروٹین جو کہ پیشاب میں پانی جاتی ہے گلابولن ہوتی ہے نہ کہ مصلی البیومن (serum albumin)۔

جسامت کا جزئی اتلاف (دم یا شدید لگی) متعدد حالات میں واقع ہوتا ہے۔ (۱) بعض سموم کے فعل سے، مثلاً کلوریت آف پوٹاشیم کی بڑی مقداروں پائروگالک ایسڈ (pyrogallie acid)، آرسینویریتھڈ، اڈرین (arseniuretted hydrogen) اور نیفتال (naphthol) سے۔ (۲) ناموافق خون کے نقل الدم سے۔ (۳) تپش کی انتہائی حدود میں مکشف سے جیسے کہ حرقہ (burn) یا پالا مار (frost bite) سے۔ (۴) بعض حمیات کے فعل سے، اسی واسطے حمی قرمزہ اور تپ محرقہ سے معتدل درجہ کی ہیموگلوبن دمویت پیدا ہو سکتی ہے۔ (۵) میلریا (malaria) یا سیاہ بول بخار (blackwater fever) میں۔ (۶) دوری ہیموگلوبن بولیت۔ (۷) نہایت خفیف سی دم پاشیدگی تندرست افراد کے خون میں مل سکتی ہے۔

دوری ہیموگلوبن بولیت

(paroxysmal hæmoglobinuria)

اس مقابلہ شاذ شکایت میں ہیموگلوبن بولیت انفرادی حملوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ یہ نوعمر بالوں اور پچاس سال کی عمر تک کے ادھیڑ اتخاص میں دیکھی جاتی ہے، اور انات کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ عام ہے۔ چند اصابتوں میں طیریائی قسم کی سرگزشت، اور بہت سی اصابتوں میں آتشک کی سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ حملہ کا فوری اسبب سردی کا تکشف ہوتا ہے۔

امراضیات۔ سردی کی وجہ سے دم پاشیدگی کے وقوع کی یہ توجیہ کی گئی ہے کہ یہ شکایت رکھنے والے مریضوں میں خون کے اندر ایک امکافی سمی ھیہو لائسین (hæmolysin) موجود ہوتی ہے جو ذورابطین کے طور پر جسم کے ساتھ تعامل کر لیتی ہے۔ سردی کے اثر سے، اور ازاں بدگری کی واپسی پر مستم کے تعاون سے جسم کا آلف واقع ہو جاتا ہے۔ یہ متم طبعی خون کے اندر موجود ہوتا ہے، اور یہ بتلادیا گیا ہے کہ مریض کے مصل سے طبعی جیمات کی دم پاشیدگی ہو جائے گی۔ اس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مریض کے جیمات میں شکست و ریخت کی کوئی نوعی قابلیت موجود ہونے کی ضرورت نہیں۔ ہیمولائسین کی سمی امیلت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ مریضوں کی اکثریت میں آتشک کی سرگزشت یا شہادت اور مثبت تعامل و آزرین موجود ہوتا ہے۔ علامات۔ حملہ کا آغاز مختلف اصابتوں میں نڈ حال پن، مکان، جسمانی لینے کے رجمان، جاڑا لگنے یا قشریرہ، اعضا شکنی، متلی، قئے، اسہال، اور درد شکم سے ہوتا ہے۔ مریض اکثر مرض ریناڈ (Raynaud's disease) میں مبتلا ہوتا ہے، (ملاحظہ ہو صفحہ 810) اور اس حالت میں انگلیاں کبود اور سرد ہو جاتی ہیں۔

تپش کا ابتداء میں مرتفع ہو جانا ممکن ہے، مگر وہ جلد کم ہو جاتی ہے۔ اور ان علامات کی مدت صرف ۲ سے ۱۲ گھنٹے تک ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر اور طحال کی خفیف کلانی بھی دیکھی جاتی ہے۔ یا تو پہلی علامت کے بعد فوراً، یا صرف تین یا چار گھنٹوں کے بعد

خون کی رنگت کا پیشاب ہوتا ہے، لیکن یہ حالت بھی تھوڑے ہی عرصہ تک رہتی ہے۔ چند ہی گھنٹوں کے بعد ممکن ہے کہ پیشاب بالکل صاف ہو جائے اور اس میں البیومن اور ہیموگلوبن نہ رہے۔ اور حلوں کے درمیانی وقفوں میں پیشاب ہمیشہ بالکل طبعی ہوتا ہے۔ حملہ کے اختتام پر جلد کا رنگ یرقانی جھلک کا دیکھا گیا ہے، اور بہت سے حملے یکے بعد دیگرے جلد بادل ہونے سے مریض میں خرد خرد دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ دوری ہیموگلوبن بولیت بذاتہ خطرناک نہیں۔

علاج۔ سردی میں تشف سے بچنے کے لئے احتیاط اور باقاعدگی کے ساتھ گرم لباس استعمال کرنا چاہئے، گرم کمروں میں رہائش رکھنا چاہئے، اور حتی الامکان رات کی ہوا سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ آتشک کا علاج خاص طور پر پوٹاشیم آیوڈائیڈ، بزمیتھ اور پارہ کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں مریض کو بستر میں رکھنا یا کھڑے کرنا چاہئے۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت

445

(METHÆMOGLOBINÆMIA AND SULPHÆMOGLOBINÆMIA)

(enterogenous cyanosis = معازاد نرراق)

(microbic cyanosis = خرد عضویتی نرراق)

شاذ اصابات میں جیسات کی کسی ہیموگلوبن کے، میٹ ہیموگلوبن اور سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہوجانے سے، جلد اور مخاطی اغشیہ کی عام کمبودی یا نرراق پیدا ہوجاتا ہے۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت (methæmoglobinæmia)۔ بعض ادویہ بالخصوص ایسیٹانیلائیڈ (acetanilide)، فیناسیٹین (phenacetin) (ایٹن) پائیرین (antipyrin)، ویرونال (veronal) کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے، اور کول تار حاصلات (coal-tar products)، نائٹروبنزال وغیرہ کا کام کرنے والوں میں زہریلے دخانات کا استنشاق کرنے سے، نیز بعض معوی خضرات میں نائٹرائٹس (nitrites) کے انجذاب سے جب کہ اہمال ایک نمایاں علامت ہوتی ہے، اور

جب کہ نائٹرائٹس کی پیدائش عضویوں، مثلاً عصیہ قولونی کے سبب سے ہو سکتی ہے۔ بعض اصابتوں میں کثیر خلوی دمویت موجود رہی ہے، اور بعض اوقات طحال کی کلائی اور ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کی گرز شکلی مریضوں کا رنگ مہیب، چاکولیٹ کی طرح ہو جاتا ہے۔ خون میں دم پاشیدگی نہیں ظاہر ہوتی، لیکن جیہات نہایت سیاہ ہوتے ہیں۔ بالعموم تنفسی تکلیف بالکل نہیں ہوتی، کیونکہ نسبتہً مختوڑی سی ہیموگلوبن کے تغیر سے نمایاں رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ پٹیاب عموماً طبعی ہوتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ سبب کو دور کیا جائے۔ ادویہ سے سم ہونے کی صورت میں مقوی ادویہ اور معدے کی تسخیل کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ چونکہ موت خن کی آکسیجن بردار قوت کی کمی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، لہذا آکسیجن کا مسلسل استعمال ترجیحاً ایک نیمہ کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ خون چند گھنٹوں کے بعد خود بخود طبعی ہو جاتا ہے۔

سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphæmoglobinæmia) - یہ مریض جن کو قبض ہوتا ہے، زراق کے حلوں میں مبتلا ہو جاتے ہیں، جو بعض اوقات بے ہوشی پیدا کر دیتا ہے۔ حمل میں دوسری علامتیں درد منہ، متلی اور دشکم ہیں۔ جیہات میں کمی ہیموگلوبن ایک حد تک سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہو جاتی ہے۔ یہ شے اپنے اسجذابنی طیف کے لحاظ سے میٹ ہیموگلوبن سے مشابہ ہوتی ہے، کیونکہ اس میں ایک دھاری سرخ رنگ کے اندر نظر آتی ہے۔ فرق یہ ہے کہ میٹ ہیموگلوبن کی حالت میں یہ دھاری پراپٹیم سائیائیڈ (potassium cyanide) لانے پر غائب ہو جاتی ہے اور سلف ہیموگلوبن کی حالت میں یہ غیر متغیر رہتی ہے۔ امتحان کا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ترشہ سے معرکاربن ماناکسائیڈ (acid-free CO) کو آمیزہ میں سے گزارا جائے۔ سلف ہیموگلوبن کی تمام دھاریاں طیف کے نیلے سرے کے طرف ہٹ جاتی ہیں۔ میٹ ہیموگلوبن کی دھاریاں غیر متغیر رہتی ہیں۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت کی طرح، یہ حالت بھی اپنی لائن کے مشتقات مثلاً ایسینی لائیڈ (acetanilide) اور فیناٹین (phenacetine) کے سم سے پیدا ہوتی ہے، جس کے ساتھ شاید قبض کی وجہ سے معاء میں گندھک کے مرکبات کی ہکونین پائی جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے وہ ایک صادق معارضہ اور زراق ہو جو کہ کلیتہً معار میں خود بخود

تیار شدہ زہروں کا نتیجہ ہو، اگرچہ اس سے انکار کیا گیا ہے۔ یہ حالت میٹ ہیمو گلوبن دمویت کی نسبت بہت زیادہ دیر سے زائل ہوتی ہے اور ہفتے اور مہینے لگ جاتے ہیں۔ لہذا اگر کول تاروی ادویہ کی طبی خوراکوں کے بعد زراق پیدا ہو تو یہ یقینی امر ہے کہ اس کا سبب سلف میٹ ہیمو گلوبن ہو نہ کہ میٹ ہیمو گلوبن۔ ایک مریض میں سلف میٹ ہیمو گلوبن مویت اور میٹ ہیمو گلوبن دمویت کی ہمزائ موجودگی بھی بیان کی گئی (23)۔

انذار۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا۔

علاج۔ قبض کے لئے مسہل دینے چاہئیں۔ بوسیدہ دانقوں کو نکال دینا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں آکسیجن کا استعمال کرنا چاہئے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض بے ہوش ہو۔

پر پیورا

(نزفی مزاج)

اس مصلاح کا اطلاق اس مرضی حالت پر کیا جاتا ہے جس میں جلد یا مخاطی اغشیہ کے نیچے متعدد نزفات واقع ہو کر کم و بیش ارغوانی رنگ کے دوڑے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ پہلے دیکھا گیا ہے کہ ایسے ہی نزفات متعدد امراض، مثلاً قرمز (scarlatina)، خسر، چیچک، 'انفص'، دماغی نخاعی تپ، اور طاعون میں ہو کرتے ہیں۔ نیز کہبت، جگر کے حادثہ صفر ذبول، اور بیض دمویت (leukæmia) غیر کوینی عدم دمویت (aplastic anæmia) اور خبیت لحمی سلمی بالیدوں میں۔ خبیث التهاب درون قلب، اور قلب کے دوسرے امراض میں۔ اور بعض عصبی امراض مثلاً ہزال نخاع (tabes dorsalis) میں۔ نیز نزفات کا ذکر نزیفیت (haemophilia)، مرض یا جکن، مرض برائٹ اور اسکروی (scurvy) کے تعلق میں کیا جائے گا۔ باہر سے قسم ہونے کے راست نتیجہ کے طور پر نزیفیت پوٹاسیم آیوڈائیڈ کی بیش متاد دینے سے، یا بنزال (benzol) یا اس کے خاص جز بنزین (benzene) کے تجارتی استعمال (ہاتھ لگانے اور اشتقاق کرنے) سے

پیدا ہو جاتی ہے۔ ان سب اصابتوں میں یہ صاف طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ نرف کا کوئی سبب موجود ہے، اور یہ سبب اکثر ایک ساری سم یا کوئی دوسرا زہر ہوتا ہے۔

اولی یا خود زہر پر پیٹورا سریری طور پر جب ذیل اقسام میں منقسم ہے:-
(ا) سادہ (simplex) 'نفنی (haemorrhagica) 'خاطف

(fulminans) پر پیٹورا۔ (ب) ہینالک کاپریٹورا (Henoch's purpura)

اور رثیتی پیٹورا (purpura rheumatica) (کلاحت رثیتی peliosis

rheumatica = یا مرض شان لین = Schonlein's disease) جس میں شری

اور پیٹورا دونوں ہوتے ہیں اور بآوقات پر پیٹورا کی نسبت شری زیادہ نمایاں

ہوتی ہے (39)۔ اس گروہ کے لئے بعض اوقات استھلاف نام پر پیٹورا کی اصطلاح

استعمال کی جاتی ہے۔

امراضیات۔ پر پیٹورا کی شدید اصابتوں میں حموی زمانہ کے دوران میں

خون میں سے ایک دم پاشِ بقیہ سجیہ علیحدہ کیا جاسکتا ہے اور مہلک اصابتوں میں

قلب کے خون سے اس کی کاشت کی جاسکتی ہے۔ اور طی کا درجہ اکثر صبتہ ہیملوگلوبن

سے رنگین ہوتا ہے۔ ان واقعات سے پتہ چلتا ہے کہ یہی عضو یہ اس مرض کا سبب

ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا سم اس طرح عمل کرتا ہو کہ عروقِ شریہ کی نفوذ پذیری کو

زیادہ کر کے بانٹوں کے اندر پلازما کے خروج اور سرخ جسامت کی پار جت کا موقعہ

بہم پہنچاتا ہو۔ بعض پر پیٹورا حساسیتی صدمہ (allergic shock) سے

پیدا ہو جاتے ہیں۔

اگر نرف شدید ہو تو خون ثانوی عدم دمویت کے خصائص ظاہر کرتا ہے۔

ایک چمبن سے لئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصہ تروییب طبعی ہوتا ہے،

لیکن بعد کے قطروں کا عرصہ تروییب ایک منٹ سے زائد ہوتا ہے (2)۔ شاید

یہی وجہ ہے کہ "عرصہ اوماء" (ملاحظہ ہو صفحہ 428) زیادہ ہوتا ہے۔ جسم سے باہر خون

جسم جاننے کے بعد تھکا سکڑتا نہیں اور نہ مصل کو باہر رکنے دیتا ہے (28, 29)۔

لبِ عظام کوئی ممیز خصائص نہیں ظاہر کرتا۔ اگر اس پر مطالعات کا زیادہ بار پڑتا

ہے امد عدم دمویت کی وجہ سے تغذیہ خراب ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ

غیر تکوینی ہو جائے۔

تمام اقسام کے پرپیوریا کی اکثریت میں دموی لوجیے غیر موجود یا کم ہو جاتے ہیں [یعنی کمبلی میٹر ۱۰۰۰۰ (طبعی تعداد ۲۰۰۰۰ سے ۵۰۰۰۰ تک ہوتی ہے) اس حالت کو قلت خلیاتِ علقی (thrombocytopenia) کہتے ہیں۔ باوی النظر میں اس کو پرپیوریا کی توجیہ کرنے کے لئے کافی سمجھا جاسکتا ہے۔ لیکن قلت خلیاتِ علقی بذاتِ خود اس کے لئے کافی نہیں ہے، کیونکہ اسکروی میں جس میں ادماآت ہوتے ہیں اور ہتیناک کے پرپیورائیں لوجیے اور عرصہ جات ادماادوں طبعی ہوتے ہیں۔ اس کی توجیہ غالباً یہ ہے کہ تمام پرپیوراؤں میں درحکمہ کا تضرر ضروری عامل ہے اور یہ لوجیوں کی کمی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن چونکہ لوجیے اور درحلی خلیے دونوں لمجاؤ تولید کے باہم قرہی تعلق رکھتے ہیں لہذا زہر (جو خواہ لوجیکش مصل ہو یا بنیزال وغیرہ) درحکمہ پر حملہ آور ہونے سے پہلے عموماً لوجیوں کو تلف کر دیتا ہے (22)۔ اگر صرف اتنے ہی لوجیکش مصل کا اثر اب کیا جائے کہ جس سے لوجیکش تلف ہو جائیں تو پرپیورائیں پیدا ہوتا، چنانچہ قلت خلیاتِ علقی اس مرض کی ضروری خصوصیت نہیں ہو سکتی۔ دوسری رائے جو پیش کی گئی ہے (لیکن جس کی تجربی شہادت سے تصدیق نہیں ہوتی) یہ ہے کہ لوجیے اس لئے غائب ہو جاتے ہیں کہ وہ دامی عروق میں کے فصل کو التزاق کے ذریعہ پُر کرتے ہیں۔ لوجیکش سے پیدا ہوتے ہیں اور جب لب غیر تکوینی ہوتا ہے تو وہ بھی غیر موجود ہوتے ہیں۔ انھیں تمثال تلف کرتی ہے، اور طحال کا استیصال کرنے سے ان کی تعداد کچھ عرصہ تک بڑھ جاتی ہے، لیکن یہ زیادتی محض کچھ عرصہ کے لئے ہی ہوتی ہے۔

علامات - پرپیوریا کی خفیف ترین شکلوں (سادہ پوپیوسا P. simplex) میں یہی ہوتا ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں پھیکے سرخ، گہرے سرخ یا نیلگوں ارغوانی رنگ کے دھبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ وہ گول ہوتے ہیں، قطر میں ایک ملی میٹر سے لے کر ۱/۲ انچ تک مختلف ہوتے ہیں، دبائے سے غائب نہیں ہوتے، اور جب ایسی چھوٹی جامت کے ہوتے ہیں تو عموماً سطح سے اوپر ابھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ وہ جسم پر ہر جگہ پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ ہر دھبہ کچھ عرصہ کے بعد مجبوری

یا زرد جھلک کا ہو کر کھلا جاتا ہے، اور نسبت بڑی چکیٹیاں بدیہی طور پر تغیرات کے وہی مدارج طے کرتی ہیں جو ایک کوفتگی کے لئے مخصوص و متمیز ہیں۔ اس دوران کے ساتھ بنیٰ اختلال نہایت کم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کارنگ شاحب ہو، اور اس کی اشتہا جاتی رہے۔ شفا عموماً دس سے بیس دن تک میں ہو جاتی ہے۔

447

شدید اصابتوں میں نزفات زیادہ وسیع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ زیرِ جلد خون کے بڑے تودے جلد کو اوپر اٹھا دیں، اور مختلف مخاطی اغشیہ سے بھی ادا ہوتا ہے (نرینی پس پیئورا = P. hæmorrhagica)۔ چنانچہ ناک، دہن، معدے، اور آنٹوں، گردوں، نسوانی تناسلی اعضا، اور کبھی کبھی شعبی منشاے مخاطی سے خون آسکتا ہے۔ اسکروی کی طرح مسوڑھے کبھی متورم نہیں ہوتے، لیکن بعض اوقات ان کے جرم میں ایک نرینی داغ دکھائی دیتا ہے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں ممکن ہے کہ پیش کیقندر بلند ہو، اور ایک ایسا درجہ انبطاح طاری ہو جاتا ہے جو موت میں ختم ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ امتحان بعد المات سے تقریباً تمام مخاطی اغشیہ میں، حوضِ کلیہ میں، پلیئورا، تادور، باریطون، سحایا، بلکہ بھیچھڑوں اور لب عظام تک میں دوسرے کمات ظاہر ہوں۔ ممکن ہے کہ دماغی نرف موت کا سبب ہو جائے۔ ممانی منشاے مخاطی کا اغشاث اور تفرح بھی پایا گیا ہے، جس سے انتحاب اور التباب باریطون پیدا ہو جاتے ہیں۔ خالطاف برمو (fulminating purpura) کا نام بعض ایسی اصابتوں کو دیا گیا ہے جو پانچ گھنٹوں سے لے کر تین دن میں ہلک ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں قرمز (scarlatina) کے بعد واقع ہوئی ہیں۔

ہیناک کے یر پیئورا (Henoch's purpura) میں جلد کے ضررِ حمزری (erythematous) یا شری (urticarial) ورم ہو سکتے ہیں جو اکثر بڑے وسیع ہوتے ہیں اور جن میں نرف بالکل نہیں ہوتا۔ ان کے ساتھ مفصلی درد یا اورام درد شکم کے حملے، قے، اور آنت سے نرف، اور دم بولیت پائے جاتے ہیں۔ لحال قدر سے جس پذیر ہوتی ہے۔ یہ قسم بچوں میں ہوتی ہے، اور بچوں یا ہمینوں کے دوران میں بار بار مکرر ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں علامات کی ترتیب زمانی بہت کچھ مختلف

ہوتی ہے، اور پریپیٹورائی ٹوران اکثر تاخیر کے ساتھ ظاہر ہوتا ہے اور یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ یہ زیادہ وسیع ہو۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ اس میں عدم دمویت یا قلت خلیات علقی کیوں منفقود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس درد مفاصل کے جلد واقع ہو جانے سے حادثیت کی تشخیص ہو جانے کا امکان ہے، اور بہت سی مثالوں میں شکمی علامات نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ چنانچہ درد شکم، قے، اور تہہ دے بعض اوقات معوی تسدو (intestinal obstruction) یا التهاب زائدہ دودھ کا گمان ہو سکتا ہے۔ یا یہی علامات اور ان کے ساتھ آنت سے نزف اور ایک جس پذیر رسولی اگر بچہ میں ہوں تو انفاد الامعاء (intussusception) کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ جب شکمی علامات تنہا موجود ہوں تو شکم تنگانی کا علیہ کر دیا گیا ہے اور مفروضہ انفاد آنت کا ایک ایسا حصہ ثابت ہوا ہے جو انصبابی خون سے در ریمتہ تھا۔ ممکن ہے کہ پیشاب میں بہت البیومن ہو، اور خون یا سائیک یا خالص خون ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ بہت سی اصابتیں ہلکے ہوتی ہیں۔ دوسری اصابتیں شفا یاب ہو جاتی ہیں، لیکن ان میں البیومن بولیت ہیمینوں جاری رہ سکتی ہے۔ سرشتیتی پریپیٹوریا (rheumatic purpura) میں جو کہ غالباً ہیناک کے پریپیٹوریا کی ایک خفیف شکل ہے حاد مفصلی التهاب نمایاں ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی پریپیٹوریا احمرار اور شری ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ التهاب دروں قلبہ اور التهاب گرد قلبہ ہوں۔

تشخیص - تشخیص کرتے وقت پہلے پیراگراف میں بیان کئے ہوئے نمشی اور کے تمام ممکن اسباب کو خارج از بحث کر دینا چاہئے۔ اسکووی کی شناخت مسوڑحوں کی اسفنجی حالت، تحت الجلد یاردائی تصلبات (fascial indurations) سے ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خبیت لحمی رسولیاں (malignant sarcomatous growths) نرخی پریپیٹوریا سے کسی قدر مشابہت پیش کریں۔ یہ یاد رکھنا بھی اچھا ہے کہ بعض اوقات غریبوں کے بچے کیک گزیدگی (flea-bites) کے بعد وسیع نمشی ٹوران پیش کرتے ہیں۔ یہ دھتے یکساں طور پر آلپن کے ہرے کے برابر ہوتے ہیں۔ ضبط النبض پیمانہ نرخی مزاج کے لئے ایک مفید کاشفہ ہم ہینا ناہی بازو پر اتنا دباؤ کہ جو نبض کو مطمئن کر دینے کے لئے کافی ہو، دو منٹ تک عمل میں لایا

جاتا ہے۔ اگر کاشف مثبت ہو تو پیش بازو پر پٹیور نمودار ہو جاتا ہے، جو کہ بسا اوقات وسیع ہوتا ہے۔

علاج۔ عفونتی مرکبوں کا استیصال کروینا چاہئے۔ نسبتاً خفیف تر اصابتوں میں بستر میں آرام، مقوی ادویہ اور عمدہ سادہ غذا اکثر بہ سرعت شفا بخش ہوں گے۔ جب پٹیور ان خاص کمزوریوں کو مٹا دے تو اس صورت میں وہ اکثر مریض کے بستر اختیار کرتے ہی غائب ہو جاتا ہے، اور اگر مریض جلدی کر کے پھر چلنا پھرنا شروع کر دے تو وہ مکرر نمودار ہو جاتا ہے۔ لوہا، سنگھیا، اور کیوینین (quinine) معمولی مقداروں میں دئے جاسکتے ہیں۔ کیلیئم کلورائیڈ (اگرین) .. اقطرے پانی میں) یا تین سی سی کیلیئم کلورائیڈ (calcium gluconate) کے دروں عضلی اثرات روزانہ ایک بار مفید ہو سکتے ہیں۔ نیز اسی سی مصل کا اشرب کیا جاسکتا ہے (یہ انسانی مصل ہو تو زیادہ پسندیدہ ہے) اور اسے مکرر دیا جاسکتا ہے۔ قلت خلیات علقی کا علاج بذریعہ جگر کرنے کی سفارست کی گئی ہے، اس طرح کہ جس طرح متلف عدم و مویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (40)۔

شدید اصابتوں میں نقل الدم مفید ہو سکتا ہے، اور اس مفروضہ کی بنا پر کہ طحال دموی لوجیوں کو تلف کر رہی ہے، طحال کا استیصال کرویا گیا ہے اور اس سے نفع بخش نتائج حاصل ہوئے ہیں (27)۔ حال ہی میں یہ ادعا کیا گیا ہے کہ ایسکاربک ایسڈ (ascorbic acid) (ملاحظہ ہوا سکروی) کے اثرات سے تمام اصابتوں میں فائدہ ہوتا ہے، لیکن اگر مزید تجربہ سے یہ صحیح ثابت ہو تو ان نظریات کی نظر ثانی کرنی پڑے گی جو کہ پٹیورا کے سبب کے متعلق مانے جاتے ہیں۔

نزفیت

(HÆMOPHILIA)

نزفیت ایک مرض ہے، جو تقریباً تمام مردوں تک محدود ہے اور جس کا میز خاصہ اوماہرے کا رجحان ہے، جو خود بخود ہوا منرب سے ہو۔ یہ مرض موروٹی ہوتا ہے

اور عورت کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے، جو خود اس مرض سے بالکل غیر متاثر ہوتی ہے،
 اور یہ صرف مرد کو ماؤف کرتا ہے جو کہ ”وائی“ (”bleeder“) کہلاتا ہے۔ ان امور
 میں یہ کاؤبہٹس پرورشی عضلی شکل (pseudo-hypertrophic muscular
 paralysis) سے مشابہ ہوتا ہے۔

امراضیات - خون کا عرصہ ترویض بہت تاخیر ظاہر کرتا ہے، جو ممکن ہے
 کہ بڑھ کر چالیس منٹ یا زیادہ ہو جائے۔ لہذا کسی چھوٹے سے زخف کو بھی جو اتفاقاً
 ہو جائے کوئی چیز نہیں روک سکتی۔ پروتھرا مبین (pro-thrombin) کی تکون ہوتا
 تاخیر کے ساتھ ہوتی ہے، گو لوہے جویر و تھرا مبین پیدا کرتے ہیں طبعی تعداد میں موجود
 ہوتے ہیں اور ان کا التراق بھی طبعی ہوتا ہے۔ تھرا مبو کائینس (thrombokinas)
 لینے فائبرین خمیر کا دوسرا پیش رو بھی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے (2) لیکن
 پروتھرا مبین کا فائبرین خمیر میں متغیر ہونا بھی نہایت تاخیر کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر ایک
 استہدانی حالت پیدا کر دی جائے تو عرصہ ترویض بہت کم ہو جاتا ہے، اور علاج میں
 اسی سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ قلب اور ترانین کا شیمی انحطاط جو بعض اصابتوں میں
 پایا جاتا ہے، غالباً ثانوی عدم دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بعض دوسری حالتوں کو نریٹیت
 سے متفرق کرنا ضروری ہے چنانچہ ایک الکتابی قسم ہے جو کہ آتشک فائبرینوجن کی کمی
 قلیل الکلس نریٹیت جس میں پست دموی کیلیم ہو، اور حقیقی قلت خلیات علقی سے
 تعلق رکھتی ہے (42)۔ یہ حالتیں ان نمونہ دامیات کی توجیہ کرتی ہیں جو کہ گاہے ملتی ہیں۔
 علامات - یہ عموماً زندگی کے پہلے سال میں ظاہر ہو جاتے ہیں، اگرچہ بعض
 اوقات ان میں سات یا آٹھ سال تک تاخیر ہو جاتی ہے۔ نہایت شدید درجہ میں ناک
 مسوڑھوں اور دہن سے اور نسبت کم عام طور پر معدے، پھیپھڑوں، یا اعضائے تناسل
 سے خود بخود زخف واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان سے پہلے پری کا احساس ہوا
 کرتا ہے۔ نہایت خفیف سے علیے، مثلاً چوکیک کا ٹیکہ لگانے، دانٹ اکھاڑنے، پھوڑا
 چرنے، یا انگلی کے کٹ جانے کے بعد خطرناک بلکہ جملک زخفات واقع ہو سکتے ہیں۔ ان
 نقصانوں کے علاوہ خفیف سی چوٹوں سے جلد کے نیچے آسانی زخف ہو کر کوفتگیاں یا خون
 کی رولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ مفاصل کے زلابی کہفوں اور بالخصوص گھٹنے کے جڑ میں

نزف ہو جاتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر سات اور چودہ سال کی عموں کے درمیان ہوتا ہے اور چوٹوں سے یا سردی یا رطوبت میں تکشف سے پیدا ہو جاتا ہے۔ جوڑوں کی اس حالت کے ساتھ تب بھی ہوتی ہے۔ یہ حالت ممکن ہے اچھی ہو جائے، لیکن پھر بار بار عود کرتی ہے۔ بالآخر ممکن ہے کہ گرد مفصلی انضمامات کی وجہ سے مفصل جاسی یا قنٹبت ہو جائے۔ عضلات کا ریشمی عارضہ اور توانی ثلاثی عصب کا درد (trigeminal)

neuralgia) کبھی کبھی نزیفیت کی پیچیدگیوں کے طور پر بیان کیا گیا ہے۔

مکن ہے کہ ادومات کے درمیانی وقفوں میں نزیفیت کے مریض بالکل تندرست نظر آئیں، لیکن خون ضایع ہو جانے سے عدم دمویت پیدا ہو سکتی ہے۔ مریض اکثر آٹھ سال کی عمر تک پہنچنے سے پہلے نقصان خون سے ہلاک ہو جاتے ہیں اور اگرچہ اس زمانہ کے بعد ان کی بقائے حیات کے موقعے زیادہ ہیں، ادھیڑ عمر میں بھی اسی طرح موت واقع ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اس پر ہے کہ خون کا عرصہ ترویج زیادہ پایا جا۔
علاج۔ سطحی نزف کے لئے بہترین علاج یہ ہے کہ نقطہ ادما پر بیکار

تھکوں کو پونچھ کر نکال دینے کے بعد قدرے تازہ انسانی خون میں بھگوئی ہوئی نرم روئی لگائی جائے۔ لیکن تازہ حیوانی بافت بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔ سب سے زیادہ یقینی طریقہ یہ ہے کہ سانپ کا قشب لگایا جائے۔ سائٹریٹ آمیز خون (citrated blood) کا نقل الدم عرصہ ترویج کو پانچ سے سات دن کے عرصہ کے لئے کم کر دیتا ہے۔

فی الحقیقت یہاں تک کہا گیا ہے کہ ہر منروف کا پانچ یا چھ ممکن الحصول معطیوں کے مقابلہ میں امتحان کر لینا چاہئے تاکہ ناگہانی ضرورت کے وقت ان میں سے کم از کم

449 ایک تو ہمیشہ دستیاب ہو سکے گا۔ زیادہ مقدار میں خون کے استعمال کی ضرورت نہیں۔

اس کے متبادل کے طور پر سٹریٹ آمیز انسانی پلازما کا نقل الدم کرنا چاہئے۔ اس حالت میں خون کی گروہ بندی کرنے کی ضرورت نہیں۔ جب کبھی کسی عملیہ کی ضرورت لاحق ہو تو ایک ابتدائی نقل الدم عمل میں لانا چاہئے۔ اور یہ تیاری چھوٹے سے چھوٹے عملیہ سے قبل بھی کرنا مناسب ہے۔ دس دن پہلے اسی سی گھوڑے کے مصل کا تحت الجلد شراب کر کے مریض میں ایک فاعلی استہدانی حالت پیدا کرنا فائدہ بہت کم یقینی ہے (41)۔

عرصہ ترویج میں کچھ کمی، جگر کی غذا دے کر پیدا کی جاسکتی ہے، جس طرح کہ متلفہ
 عدم دمویت (42) میں دی جاتی ہے۔ جب پلازما کی البیومن گلابیوں نسبت بہت ہو
 (طبعی ہو بمقابلہ) تو اسے سکاربک ایسڈ (ملاحظہ ہوا سکروی) ۲۰۰ ملی گرام بالغ کیلئے
 اور ۱۰۰ ملی گرام بچہ کے لئے کامیاب ثابت ہوا ہے (48)۔

اگر دے ہوئے جوڑ کے لئے گرم ہوائی غسل اور ملکی مالش کام میں لائی جاسکتی ہے۔
 کسی معدوم میں دو اکے زیر اثر انفصامات کو توڑنے سے عموماً احتراز کیا جاتا ہے، کیونکہ
 اس میں تازہ نرف کے شروع کر دینے کا خوف ہوتا ہے، لیکن یہ عمل پلازما حادثہ ہوئے
 انجام دیا گیا ہے۔ اس مرض کی خطرناک نوعیت پر اور نسائی صنف کی وساطت سے
 اس کے منتقل ہونے کے طریقہ پر نگاہ کی جائے تو یہ بدیہی امر ہے کہ دائمی خاندانوں کی
 عورتوں کو شادی نہیں کرنی چاہئے، گو وہ خود نزیفیت کی شکایت نہ رکھتی ہوں۔

نقل الدم

(BLOOD TRANSFUSION)

اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ ایک تندرست شخص (معطی) = "donor"
 کا خون لے کر اس کا اشرب علاج کی غرض سے ایک مریض (یابندہ) = "recipient"
 کے دوران خون کے اندر کیا جائے۔ طب میں اس علاج کے ادعیات حسب ذیل ہیں۔
 (۱) سادہ نرف، مثلاً معدی اور اثنا عشری قرعہ، زحیر تپ محرقہ، بے محل حمل (ectopic
 gestation) نوزائیدہ کا براز دم الاسود (melæna neonatorum) - (۲) امراض
 خون، مثلاً شدید پریٹورا، نزیفیت، عدم دمویت، بیض دمویت - (۳) شدید
 سرایتیں، مثلاً ساری التہاب، دروں قلبہ - (۴) شاید بعض قسمات جیسے کہ مخطور
 یوریا دمویت۔

وہ طریقہ ذرا ناپسندیدہ ہیں جن میں معطی کی شرائین یا ورید پر شگاف
 دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے، کیونکہ ان میں معطی کے لئے عفونت کا خطرہ گو خفیف، مگر
 صریح ہوتا ہے۔ اگر ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کو براہ راست وسطی باسلیق ورید کے اندر

داخل کر کے اُس کے ذریعہ سے خون حاصل کیا جائے تو معطلی کے لئے کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ سوئی کی نوک کو ایک آرکناس پتھر پر تیز کرنا چاہئے اور عدسہ یا خردبین کی پست طاقت سے اس کا امتحان کرنا چاہئے۔ ”سائٹریٹ طریقتہ“ (citrate method) میں سوئی سے خون ربر کی نلی کے ایک چھوٹے ٹکڑے میں سے ہو کر ایک ناپنے کے عقیقہ ظرف کے اندر آنے دیا جاتا ہے، جس میں رازہ کشید کئے ہوئے پانی سے بنائے ہوئے (سوڈیم سائٹریٹ کے ۳۵ فی صدی محلول کے ۱۶۰ سی سی خون کے ۱۰۰ سی سی کے لئے موجود ہوتے ہیں۔ بازو کے گرد باؤ کے ذریعہ سے ہسٹوکی شرح زیادہ کر دی جاتی ہے۔ خون کو سارے وقت گرم رکھنا چاہئے۔ تصفیق کے لئے ایک عقیقہ استوانی قیف استعمال کی جاتی ہے، جس میں پتھر ڈالنا موجود ہوتا ہے، اور ایک ربر کی نلی اور جھٹکی اور سوئی لگی ہوئی ہوتی ہے۔ سوئی کے قریب شیشہ کی نلی کا ایک چھوٹا ٹکڑا حاصل کر دیا جاتا ہے تاکہ وہ ایک دریچہ کا کام دے، اور اس کا پتھن ہونے کے لئے کہ سوئی ٹھیک مقام پر داخل ہو گئی ہے قیف کو ایک لمحہ کے لئے نیچے جھکا دیا جاتا ہے یہاں تک کہ خون شیشہ کی نلی میں داخل ہو جائے۔ پھر اسے اونچا اٹھ کر سائٹریٹ خون سے بھر دیا جاتا ہے۔ ایک عقیقہ شیشی بھی استعمال کی جاسکتی ہے تاکہ معطلی سے خون بذریعہ امتصاص نکال کر خفیف دباؤ کے تحت مریض میں داخل کیا جاسکے۔ اگر معطلی پر غشی طاری ہو جائے یا وہ شاحب پڑ جائے یا اسے پسینہ آنے لگے، یا اگر اُس کی نبض ۶۰ سے کم ہو جائے تو خون نکالنا موقوف کر دینا چاہئے۔ فائبرین بوڈ خون کے استعمال سے امید افزا نتائج حاصل ہوئے ہیں، بالخصوص سرایتوں میں۔ معلوم ہوتا ہے کہ سائٹریٹ خون کے نسبت فائبرین ربوڈ خون اپنے مانع سمیت یا ضد جراثیم خواص زیادہ حد تک قائم رکھتا ہے۔ سائٹریٹ ملائے کے بجائے جب خون شیشی کے اندر بہ کر رہا ہے تو اس کو ہلایا جاتا ہے، جس سے فائبرین اُس خمیدہ نلی پر نہ نشین ہو جاتی ہے، جو ڈاٹ سے نیچے شیشی کے پینڈے میں جا کر بھسرا دپر جاتی ہے۔ اس خون کو اثر اب کرنے سے پہلے عقیقہ گازی میں سے چھان لینا چاہئے، تاکہ فائبرین کی چھوٹی چھوٹی دھبیاں خارج ہو جائیں۔ ”مناعی نقل الدم“ (immuno-transfusion) میں معطلی کو پہلے سے منبج کر لیا جاتا ہے، یا خون کو

فی الزجاجة منع کر لیا جاتا ہے۔

بعض احتیاطوں کو عمل میں لانا ضروری ہے۔ معطی کا تعامل و آزر من دیکھنا چاہئے اور معطی اور یا بندہ کے خونوں کی موافقت کی تعیین ضروری ہے۔

450

موافقت (compatibility)۔ اگر معطی کے خلیے یا بندہ کے مصل سے

لمتزق نہوں تو یہ کافی ہے۔ آخر الذکر کے خلیات اول الذکر کے مصل سے لمتزق نہ ہوں یہ ضروری نہیں، کیونکہ معطی کا مصل یا بندہ کے دوران خون میں جلد مرقق ہو جاتا ہے۔ موافقت کا امتحان کرنے کے لئے معطی کی انگلی سے خون کا ایک قطرہ سوڈیم سائٹریٹ کے ۵ء ۱ فی صدی محلول کی ایک سی سی کے اندر گرنے دیا جاتا ہے اور حاصل شدہ تعلیق کا ایک قطرہ ایک خرد بینی شریکہ پر یا بندہ کے مصل کے ایک قطرے میں ملا دیا جاتا ہے اور پھر اسے ایک شیشہ محافظ سے ڈھانک دیا جاتا ہے۔ چند منٹ کے بعد اس شریکہ کا خرد بینی امتحان الزقاق کو دیکھنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ افراد کی ترتیب چار گروہوں میں حسب ذیل کی گئی ہے۔

مصل				
گروہ ۱	گروہ ۲	گروہ ۳	گروہ ۴	
-	+	+	+	گروہ ۱
-	-	+	+	گروہ ۲
-	-	-	+	گروہ ۳
-	-	-	-	گروہ ۴

خلیات

چنانچہ دیکھا جائے گا کہ اگر گروہ ۲ اور ۳ کے مصل بذخو رکھے جائیں تو کسی نے ہوئے شخص کے خلیوں کا گروہ دریافت کیا جاسکتا ہے۔ گروہ ۴ کے خلیوں کا الزقاق کسی

ایک سے بھی واقع نہیں ہوتا، اور اسی واسطے گروہ ۴ کے ارکان ہمیشہ معطیوں کے طور پر کام دے سکتے ہیں، لیکن عموماً زیادہ بے خطر طریقہ یہی ہے کہ معطی اور یا بندہ دونوں ایک ہی گروہ کے لئے جائیں۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ ایک عیار الوقتی کا شدہ (time-control test) قرین مصلحت ہے۔ یا بندہ کے مصل کو معروف موافقت کے خون سے لئے ہوئے جیات کے ساتھ آمیز کیا جاتا ہے، اور الزاق میں جو عرصہ لگتا ہے اس کو ملاحظہ کیا جاتا ہے۔ یہ آدھ گھنٹہ تک ہوا ہے، اور معطی کے خلیات کو بھی اسی عرصہ تک دیکھتے رہنا چاہئے۔ ... امیں آتا ۲ کی وہ شرح اموات جو کہ بظاہر موافق خون کے ساتھ واقع ہوتی ہے اس طریقہ سے کم ہو جاتی ہے (44)۔

خون کا تعامل اور ترشہ سمیت

(REACTION OF THE BLOOD AND ACIDOSIS)

کسی محلول کے تعامل کا انحصار اس کے ہائڈروجن روانات (CH) اور ہائڈراکسل روانات (COH) کے ارتکاز پر ہوتا ہے۔ جب تعامل تبدیلی ہو تو ہائڈروجن اور ہائڈراکسل روانات کا ارتکاز مساوی ہوتا ہے۔ جب وہ ترشی ہوتا ہے تو CH زیادہ اور COH کم ہوتا ہے۔ جب وہ قلوئی ہوتا ہے تو CH کم اور COH زیادہ ہوتا ہے۔ دونوں کا حاصل ضرب ہمیشہ مستقل رہتا ہے۔ تبدیلی نقطہ اور جسمانی تپش پر یہ CH جسے ہائڈروجن کے فی لیٹر گراموں میں ظاہر کیا جاتا ہے، ۱۰۔۸۳ x ۱۰۔۱۰ ہوتا ہے، جو کہ ۱۰۔۲۵ x ۱۰ کے برابر ہے۔ شریانی خون کا CH تقریباً ۱۰۔۷۲ x ۱۰ ہے، جو کہ ۱۰۔۶۱ کے نسبت کم ہونے کی وجہ سے قندییت سے کسی قدر قلوئی جانب پر ہوتا ہے۔ ان امور کو ظاہر کرنے کا جو طریقہ عموماً اختیار کیا جاتا ہے وہ یہ ہے کہ کہا جائے کہ تبدیلی نقطہ پر (CH)PH کا لوکارتم ۶.۷۴ ہے، جب کہ سادگی کی غرض سے علامت نفی کو چھوڑ دیا جاتا ہے۔ خون کے CH کو مندرجہ ذیل مساوات سے ظاہر کیا جاتا ہے۔

$$CH = \frac{CO_2 \text{ کا دباؤ}}{\text{بانی کاربونیٹ کا ارتکاز}} \times \text{مستقل}$$

جب کہ CO_2 کا دباؤ خون میں حل شدہ CO_2 کے تناسب سے ہوتا ہے۔ طبی اشخاص میں شریانی خون میں CO_2 کا دباؤ اس سے ذرا کم ہوتا ہے کہ جتنا پیمپھروں کے جفیزوں میں CO_2 کا دباؤ ہوتا ہے۔ اس مساویں اختلافات بہترین طور پر مندرجہ ذیل جدول میں دیکھے جاسکتے ہیں:-

جدول ۱- ترشہ اساس توازن مختلف ہونے کی مثالیں

451

۱- CO_2 کو متاثر کرنے والی -	۲- بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کو متاثر کرنے والی -
(ا) نہ زیادتی - زیادہ تکوین - تندورثی -	(ا) کمی - ترشے یا امکائی ترشے -
کئی اخراج - تنفسی مرکز کا مخدرات یا نیند کی وجہ سے پست ہو جانا - تنفس میں مداخلت ہونا (قلب یا پیمپھروں کے مرض کی وجہ سے) -	(ب) NH_4Cl یا CaCl_2 بافراط بنگلنا -
CO_2 میں سانس لینا -	ترشوں کی مغفط تکوین - لیکٹک ایسڈ وررش میں -
	ترشوں کا تسک نہ ہونا - بالخصوص ایسٹوائٹک ایسڈ کا -
	ترشوں کا التهاب گردہ میں خاسج نہ ہونا -

اساس کا نقصان -

(ب) نہ زیادتی - اساس	(ب) کمی - زائد تنفس - ارادی،
NaHCO_3 یا امکائی اساس (مثلاً سوڈیم سٹریٹ) بافراط بنگلنا -	ہسٹیریا میں جذباتی تکرز میں محیطی ہجرات کے نتیجے کے طور پر حمیات میں بلند ارتقافات پر خالص قلبی بہر میں -
ترشہ کا نقصان مثلاً معدی مولونی ماسو -	

اگر CO_2 کا دباؤ بائی کاربونیٹ کے تناسب کی حد سے آگے بڑھ جائے تو یہ CH زیادہ ہو جائے گا۔ بالفاظ دیگر خون غیر طبی طور پر ترشی ہوگا۔ یہ حالت (ا) میں بتائی ہوئی حالتوں میں پائی جاتی ہے اور اسی کو ترشہ دمویت (acidemia) کہتے ہیں۔ جیسا کہ ۲ (ا) میں بتایا گیا ہے یہی چیز بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کی کمی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ قلی دمویت (alkalæmia) کی اصطلاح اس کی برعکس حالت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جس میں CH غیر طبی طور پر کم ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ

(۱ ب) میں بتایا گیا ہے یہ CO_2 کی کمی سے پیدا ہو جاتی ہے یا جیسا کہ (۲ ب) میں بتایا گیا ہے بانی کاربونیٹ کی زیادتی سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ایک خفیف حد تک بلند ارتفاعات پر اور زوردار تنفس کی وجہ سے جسم سے CO_2 دھل کر خارج ہو جانے کے بعد پیدا ہوتی ہے (بے دخالی) (۱ ب) اور بعض اوقات سکمز (tetany) کی حالت میں بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 488)۔ یہ قلی کی بڑی مقداریں لینے کے بعد بھی واقع ہو جاتی ہے (۲ ب) جس سے شکر کی برداشت کی کمی اور کیتونیت ہو جاتی ہے۔

اگرچہ CO_2 کا ارتکاز تنفس پر منحصر ہوتا ہے، لیکن بانی کاربونیٹ روہں کا ارتکاز خون کے غیر طیران پذیر ترشی اور اساسی مادوں کا حاصل ہوتا ہے۔ اہم ترشی مادے یہ ہیں: — آکسی ہیموگلوبن اور مختلف ترستے جو تحول کی اشنا میں پیدا ہوتے ہیں مثلاً کلورائیڈ فاسفیٹ، سلفیٹ اور غیر طبعی ترستے جیسے کہ بیٹا آکسی بڑک ایسڈ اور ایسٹوائسٹک ایسڈ۔ اساسی مادے یہ ہیں: — سوڈیم پوٹاشیم، کیلیم اور میگنیم۔ بانی کاربونیٹ جو کہ ان کا حاصل ہے، خون میں CO_2 کی اس مقدار سے ناپا جاتا ہے جو کہ CO_2 کے ایک مقررہ دباؤ یعنی ۴۰ ملی میٹر پر پائی جاے۔ اس کو خون کا قلوئی محفوظہ (alkali reserve) یا ثابت کاربن ڈائی آکسائیڈ (fixed CO_2) یا دموی بانی کاربونیٹ (blood bicarbonate) کہتے ہیں۔ اس کی طبعی قدرہ ۲۰ درجہ سینٹی میٹر پر خون کی ہر سی سی میں ۴۰ اور ۵۰ سی سی کے درمیان ہوتی ہے۔

ترشہ سمیت (acidosis) کی اصطلاح کو ابتداءً جسم کے اندر ایسٹوائسٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی ہیموٹریک ایسڈ کی پیدائش اور میتاب کے اندر ان کے اخراج کو ظاہر کرنے کے لئے رائج کیا گیا تھا، جو ذیابیطس میں ہوا کرتا ہے۔ اب اس حالت کو کیتونیت (ketosis) کہتے ہیں۔ نسبتہ حال ہی میں ترشہ سمیت کی اصطلاح کو قلوئی محفوظہ کی کمی کے مترادف کے طور پر استعمال کیا گیا ہے خواہ یہ کمی کسی بھی طریقہ سے پیدا ہو گئی ہو۔ لیکن دوسرے مصنفین نے اس اصطلاح کو خون کے CH کی زیادتی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا ہے، جو ایک بالکل

مختلف چیز ہے۔ اصطلاحات کے اس خلط ملط کے باعث بہترین ہی ہے کہ ترشہ سمیت کی اصطلاح کو جسم کے اندر ترشہ کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے، اور قلوئی کثرت (alkalosis) کی اصطلاح کو قلعی کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جائے۔

مندرجہ بالا تصریحات بُہر کے بعض عام اقسام کے اسباب پر غور کرتے وقت اہمیت رکھتی ہیں۔ 'نفاخ' دمہ اور شعبی التهاب میں اور رسولیوں کے باعث پیدا شدہ شعبی تسدد میں جب کہ ان حالتوں کے ساتھ بُہر موجود ہو، خون کے اندر CO_2 کے اجتماع کے باعث نمایاں ترشہ دمویت موجود ہوتی ہے (جدول میں ۱)۔ ایسی حالتوں میں پھیپھڑوں کی حالت کی وجہ سے، یہ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) باوجود تنفس کی زیادتی کے خارج نہیں ہو سکتی۔ ممکن ہے کہ ان میں سے بعض حالتوں میں آکسیجن کی قلت بھی بُہر کی پیدائش میں حصہ لیتی ہو۔ خون کا قلوئی محفوظ ممکن ہے تقریباً طبعی رہے، گو یہ اکثر بہت زیادہ ہو جاتا ہے کیونکہ اساس بافتوں سے خون میں منتشر ہو جاتے ہیں۔

مطرائی مرض (mitral disease) کے بُہر میں زیادتی تنفس کی وجہ سے کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کم ہو جاتا ہے لہذا قلعی دمویت موجود ہوتی ہے (ا ب)۔ قلوئی محفوظ طبعی ہوتا ہے، بشرطیکہ کوئی نہایت وسیع عام آڈیا موجود نہ ہو۔ آخر الذکر کی موجودگی میں ممکن ہے کہ قلوئی محفوظ کم ہو جائے۔

سریر باقی اہمیت رکھنے والی دوسری حالتوں میں ترشہ دمویت موجود ہو سکتی ہے، یہ حالتیں کیتونیت، مزمن یا "ہناکتی" یوریا دمویت، اور انشلج (eclampsia) ہیں۔ کیتونیت میں خون کے اندر ایسیٹو آکسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کا اجتماع ترشہ دمویت کا اولی سبب ہوتا ہے۔ یہ مرکز تنفس کو تہیج پہنچاتے ہیں جس سے تنفس زیادہ ہو کر کاربن ڈائی آکسائیڈ واصل کر خون سے باہر نکل جاتا ہے، اور ساتھ ہی قلوئی محفوظ بھی کم ہو جاتا ہے۔ لیکن کاربن ڈائی آکسائیڈ کی کمی تناسب کے ساتھ نہیں ہوتی، چنانچہ بالکل ابتدائی درجوں میں Ca میں کچھ زیادتی ناپی جاسکتی ہے۔ آخر درجوں میں تو ماکے آغاز کے زمانہ میں ممکن ہے کہ نہایت شدید

درجہ کی ترشہ دمویت واقع ہو جائے (۲)۔ ذیابیطس کے بیان میں کیتونیت پر مزید غور کیا جائے گا۔ یوریا دمویت، اُذیمی، التهابِ گردہ، التهابِ گردہ اور انشناج کی ترشہ دمویت بھی غالباً ثابت ترشوں کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، بالخصوص فاسفیٹ اور سلفیٹ روائوں کے اجتماع سے۔ یوریا دمویت کے قوما کی ایک اصابت میں (۲) موت سے تھوڑے عرصہ پہلے $PH = 7.2$ تھا۔ نفاخ کی ایک اصابت میں جس میں کاربن ڈائی آکسائیڈ کا احتباس تھا (۱) موت سے چند ہفتے پہلے، جب کہ مریض کامل ہوش میں چلتا پھرتا تھا، $PH = 7.2$ تھا۔ پس یہ بہت مشکوک ہے کہ آیا ترشہ دمویت بذاتہ یوریا دمویت قوما کا سبب ہوتی ہے، کیونکہ نفاخی مریض کا خون زیادہ ترشی تھا۔ زیادہ اعلیٰ یہ ہے کہ قوما خون میں محبوس شدہ ترشی اشیاء کی زہریلی نوعیت کے باعث ہوتا ہے۔ اسی نظریہ کا اطلاق کیتونیت پر ہو سکتا ہے، کیونکہ اس حالت میں ایٹو ایٹک کے سالمہ کی ساخت سے اس امر کی اچھی شہادت ملتی ہے کہ یہ بذاتہ ایک زہر ہے (Hurtley & Trevan)۔ طبعی حل میں اور ثانوی منقبض گردے (secondary contracted kidney) میں یوریا دمویت طاری ہونے سے بہت پہلے قلوبی محفوظ کی قابل پیمائش کی واقع ہو جاتی ہے۔ کثیر قلوبی دمویت میں اور گیس گنگرین میں اور غالباً مختلف حموی حالتوں میں بھی قلوبی محفوظ کم ہو جاتا ہے۔

اگر قے یا معدی قلوبی ناسور (۲) ب کے ذریعہ معدہ سے ترشہ صنائع ہو جائے تو قلوبی محفوظ بڑھ کر قلوبی دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک ثانوی کیتونیت پیدا ہو جاتی ہے، اسی طرح جس طرح کہ کلیاں نکلنے کے بعد اور قلوبی دمویت کے باوجود پیشاب ترشی رہتا ہے (37) کیونکہ ملح صنائع ہو جاتا ہے (47)۔

خون کے C_H کو نسبت تنگ حدود کے درمیان رکھنے کے لئے مختلف میکانیہ پائے جاتے ہیں۔ گردوں کی راہ سے ترشہ دو طرح سے خارج ہوتا ہے:۔ (۱)۔ اساسی کے مقابلے میں ترشی فاسفیٹ کی زیادتی کی وجہ سے پیشاب خون کی نسبت

زیادہ ترشہ رہتا ہے۔ (ب) ایونیا پیدا ہوتی ہے اور یہ ترشوں کے ساتھ مزوج ہو کر تعدیلی لمحات بنا دیتی ہے، جو کہ خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ پیشاب کی ایونیا بڑھ جاتی ہے۔ (ج) قلبی بھی گردوں کی راہ سے خارج ہوتی ہے۔ یہ خالص متلبی بہر میں اور بلند ارتفاعات پر واقع ہوتا ہے، جہاں CO_2 کا دباؤ بیش تنفسی کی وجہ سے گھٹ جاتا ہے (ا، ب)۔ پھر گردوں کی راہ سے قلبی ضایع ہوتی ہے اور قلوبی محفوظہ کہ ہو کر قلوبی دمویت گھٹ جاتی ہے۔ (د) قلوبی محفوظہ کا Ca کے تغیرات روکنے کا یہ فعل، بافتوں سے مدد حاصل کرتا ہے، جو ثابت ترشے اور اساسات لینے اور دینے کی طاقت رکھتی ہیں، بلکہ ثابت ترشے تیار کرنے کی طاقت بھی، مثلاً قلبی بنگھنے کے بعد کیتون اجایم۔

تشخیص - سانس کا پھول جانا ترشہ دمویت کی ایک قیمتی دلالت ہے۔ لیکن یہ امور ذیل کے باعث ہو سکتا ہے :- (الف) آکسیجن کی احتیاج (ب) مسکوس فعل کے طور پر جو کہ شاید اولی مرض قلب کی حالت میں ہوتا ہے، جس میں تنفسی پیمپ، دوران خون کو مدد دیتا ہے۔ (ج) تنفسی مرکز کی مقامی خراش (د) ترشہ دمویت، خون میں کاربن ڈائی آکسائیڈ یا ثابت ترشہ کی زیادتی۔ (الف) مریض میں غالباً کبودی یا زرق ظاہر ہوگا۔ (ب) تنفس تیز ہوتا ہے، اور مرض قلب کے علامات موجود ہوں گے۔ (د) درون مجبی مرض کے علامات موجود ہوں گے، مثلاً داغی زرق اور مریض غالباً بے ہوش ہوگا۔ (ا) جہاں اولی ضرر شش منقود ہو، جو غالباً کاربن ڈائی آکسائیڈ کی زیادتی کے باعث ترشہ دمویت پیدا کر دیتا ہے، وہاں تنفس کی زیادتی غالباً خون کے اندر ثابت ترشہ کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے۔ تنفس اکثر آہستہ اور گہرے ہوتے ہیں۔ ثابت ترشہ کی مقدار کا صحیح ترین ناپ قلوبی محفوظہ کی است تخمین سے معلوم ہوتا ہے، لیکن یہ بمشکل ایک سریری طریقہ ہے۔ تین دوسرے طریقے استعمال کئے جاسکتے ہیں :- (۱) پیشاب کے ایک نمونے میں مجموعی نامٹروجن کے مقابلہ میں ایونیا نامٹروجن کی نسبت کی تخمین کی جاتی ہے۔ طبی طور پر یہ ۳ تا ۵ فی صدی ہوتی ہے۔ ترشہ دمویت کی شدید اصابتوں میں ۲۰ تا ۴۰ فی صدی کی قدریں حاصل ہو سکتی ہیں۔ (۲) جو فیزی

453

کاربن ڈائی آکسائیڈ کی پیمائش کسی آلہ سے کی جاتی ہے، مثلاً فرائی ڈیریشیا کے کاربن ڈائی آکسائیڈ میٹریک پیما (Fridericia's CO_2 tensimeter) سے جس میں ایک تختین تقریباً دس منٹ لیتی ہے۔ (۳) سوڈیم بائی کاربونیٹ کی وہ مقدار معلوم کی جائے جو پیشاب کو لیتس کے لئے قلوئی بنانے کے لئے براہِ دہن بخجی پڑے۔ اس کے لئے معمولی اشخاص میں پانچ گرام کافی ہوتے ہیں۔ جب قلوئی محفوظ کم ہو جائے تو نسبتاً زیادہ مقدار کی ضرورت ہوگی، اور اس کی شناخت کے لئے بہت دیر بچ بڑھتی ہوئی مقداریں تین تین یا چار چار گھنٹوں کے فاصلوں سے دی جائیں (Sellards)۔

یہ نہایت ضروری ہے کہ کینٹونیت کے جس میں ثابت ترشوں کی نوعیت معلوم ہوتی ہے، اور دوسری حالتوں کے درمیان جن میں قلوئی محفوظہ کی کمی اور ترشہ دموبیت ہوتی ہے، واضح فرق کیا جائے۔ پیشاب میں فیرک کلورائیڈ ملائی سے مہاگنی جیسا بھورا رنگ، اور راتھیرا (Rothera) یا لیگال (Legal) کے کاتیفوں سے ارغوانی رنگ ظاہر ہونے سے، نیز سانس میں ایسیٹون کی بو ملنے سے کینٹونیت کی تشخیص یہ آسانی ہو سکتی ہے۔ کینٹونیت کی موجودگی ہمیشہ جسم کے اندر قابل حصول کاربوائیڈ لائٹ کی کمی کی وجہ سے نہیں ہوتی، کہ جس سے ترشہ سمیت کاربوجان ہوتا ہے۔ وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں دینے سے پیدا ہو جاتی ہے، جو قلی دموبیت پیدا کر دینے کاربوجان رکھتا ہے۔

علاج۔ پہلے بیان کیا گیا ہے کہ یہ مشکوک ہے کہ ترشہ دموبیت بذاتہ کس حد تک موت کا سبب ہوتی ہے۔ لیکن جب وہ قلوئی محفوظہ کی کمی کے ساتھ موجود ہو تو ہمارے علم کی موجودہ حالت میں اس کا ازالہ کرنا ہی سترین عقل ہے۔ اس مقصد کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ یا سوڈیم سائٹریٹ ایک ایک ڈرام کی متادوں میں ہر دوسرے گھنٹے براہِ دہن دیا جاسکتا ہے۔ حاد اصابتوں میں عقیقہ دونی صدی سوڈیم بائی کاربونیٹ کا دروں وریڈی اشراب کیا جاسکتا ہے۔

جہاں یہ سمجھا جائے کہ سریری حالت خون کے اندر سموم کی موجودگی

کی وجہ سے ہے، وہاں ان سموم کی پیدائش کو روکنا (ملاحظہ ہو کیتونیت کے تحت) اور ان کے اخراج میں آسانی پیدا کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو ذیابیطسی تو ما کا علاج)۔

امراض طحال

طحال شکم کے بالائی حصے میں بائیں جانب واقع ہے، اور پسلیوں سے بالکل چھپی ہوئی ہوتی ہے۔ تندرستی میں اس کے محل وقوع اور سمیت کی تشخیص محض بذریعہ قرع کی جاسکتی ہے۔ بائیں زیر بطنی خطے میں نوں، دیوں اور گیارھویں پسلیوں اور مشمولہ فضاؤں میں اہمیت پائی جاتی ہے۔ سامنے یہ اہمیت اس خط سے محدود ہوتی ہے، جو بائیں بھٹنی سے گیارھویں پس کی نوک تک کھینچا جائے، پیچھے وہ تقریباً اس خط تک پہنچتی ہے، جو عضلہ عریہ ظہریہ کے اگلے حاشیے کے ساتھ مسلسل ہے۔ جب طحال بڑی ہو جاتی ہے تو وہ نیچے اور سامنے کے طرف پھیل جاتی ہے، اور اگر اس وقت جب کہ مرض گہری سانس لے نوں اور دسویں ضلعی کریوں کے نیچے انگلیاں رکھی جائیں تو طحال کا حاشیہ ان کے ساتھ ٹکرائے گا۔ اگر کلائی اور زیادہ ہو تو طحالی حاشیہ اس مقام پر واضح طور پر پسلیوں کے نیچے آجاتا ہے، چنانچہ وہ بہ آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے، اور کم و بیش شکم کے بائیں بالائی ربع میں واقع ہوتا ہے۔ انتہائی اساتہوں میں طحال نیچے رباط پوپارٹ تک پہنچ جاتی ہے اور خط درمیانی کوناف کے نیچے عبور کرتی ہے، اگر یہ ممکن ہے کہ وہ بائیں جانب اوپر ہی رہے۔ اگلی دیوار شکم میں سے قرع کرنے پر بڑھی ہوئی طحال ہمیشہ اہمیت ظاہر کرتی ہے۔ وہ زیریں پسلیوں کے عین نیچے سے نکلتی ہے اور اگلی دیوار شکم کے تماس میں رہتی ہے۔ بعض اوقات اس کی کور پسلیوں کے نیچے سے بروز کرتی ہوئی پیچھے کوکھ میں محسوس ہوتی ہے۔ اس کے اگلے حاشیہ میں اکثر ایک یا دو واضح کٹاؤ ملتے ہیں۔ اگر کلائی بہت زیادہ ہو تو ممکن ہے کہ بائیں جانب میں ایک کھینچاؤ ہو یا وزن کا احساس ہو۔

نکمن ہے کہ انفحات کی تکوین، یا اس سے پیدا ہو جانے والے گرد طحالی التهاب کی وجہ سے درد موجود ہو، لیکن حیات کے ساتھ کی کلائنیوں میں درد کوئی نمایاں خصوصیت نہیں ہوتی۔ طحال کے لاشعاعی امتحان کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 383۔

نیسجیاتی نقطہ نظر سے طحال ایک لختکی ترتیب رکھتی ہے اور اسکی شریانی رسد یا تو (۱) مایعہی جیمات کو جاتی ہے، جو محض چھوٹے لمفاتی غدوہیں، یا (۲) وریدی جو فوں کو، اور علیٰ ہذا القیاس وریدوں کو، یا (۳) لُب کو، اور پھر ویاروں کے مسات میں سے ہو کر براہ راست وریدوں کو وریدی جو فوں میں یا لُب میں داخل ہونے سے پہلے خون ہلیلجی نما اجسام میں سے ہو کر گزرتا ہے، جو شریات پر واقع ہوتے ہیں، اور جن کا فعل دوسرے افعال کے علاوہ یہ ہے کہ وہ مصراعوں کے طور پر عمل کرتے ہیں اور لُب یا وریدی جو فوں سے خون کو شریانی نظام کے اندر واپس نہیں جانے دیتے۔ لُب ایک تشبک جال سے بنتا ہے، جس پر کثیر قطبی خلیے اور بڑے ایبائی کال خلیے واقع ہوتے ہیں۔ یہ تین عناصر مرکب شکی دہر حلی نظام بناتے ہیں۔

454

طحال کے اہم افعال خون کے اندر کے اجسام غریبہ کی خلوی اکالیت اور بے کار اور خستہ دموی جیمات کا اتلاف ہیں۔ لیکن طحال دموی حجم کو کم و بیش کرنے کا کام بھی کرتی ہے، اور لُب میں کے خون کو طحالی وریدوں میں اور اس طرح دوران خون میں موقعہ کے لحاظ سے بھیجتی رہتی ہے۔ چنانچہ نکمن ہے کہ دوران نزف میں یا دوران ورزش میں یا حرارت میں تکشف ہونے پر (جب کہ تبریدی اغراض کے لئے جلد میں فاضل خون کی ضرورت ہوتی ہے) یا انتضاق کے دوران میں طحال سکڑ کر اپنی طبعی جسامت کا پاؤ یا ۱/۲ حصہ رہ جائے (25)۔ دوران مرض میں طحال کی جسامت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے، جس کی وجہ غالباً ہی کم و بیش کرنے کا فعل ہے۔

اب اُن امراضیاتی تغیرات کا خلاصہ درج کیا جائے گا، جو طحال میں ممکن الوقع ہیں۔ اُن کے علامات اور علاج کی بحث دوسری جگہ درج ہے :-

فعال (active congestion) - طحال بہت سے حاد ساری

اعمال میں بڑی ہو جاتی ہے، خصوصیت کے ساتھ تپ معویہ، حمی ناکسہ، الکیو (ague) اور دوسرے طبعیاتی حمیات میں، ذات الریہ، تقیح الدم، خبیث التهاب دروں قلبہ (malignant endocarditis)، سپیورا، سل ریوی اور حاد تدرن میں حمی نفسیہ (puerperal fever) سرخ بادہ (erysipelas) اور آشک میں کیقدر کم کلانی ہوتی ہے۔ عروق شعریہ اور وریدی خون سے متہد اور پڑھتی ہیں۔ طحالی لب متورم اور کسہ طحال متہد ہوتا ہے موت کے بعد طحال سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی اور نہایت نرم پائی جاتی ہے اور لب پانی کی رو سے آسانی و خلک خارج ہو جاتا ہے۔ مینور (Muir) کے خیال کے مطابق طحال میں ساری اعمال سے حسبِ ایلنجیاتی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں:۔ لب کے خلیوں، بالخصوص غیر ذرائی زجاجی خلیوں اور درحلی خلیوں کی شدید خلوی اکالی فعالیت، چنانچہ ان میں کثیر التعداد سرخ خلیے، اور تعدیل پسند سپید خلیے موجود ہوتے ہیں۔ لب میں لمبی خلیوں کی موجودگی۔ مایعہی جسامت کی بدظاہر کلانی اُن کے گرد کے خلیوں کے نکاثر کے باعث۔

التهاب طحال (splenitis) اور گرد طحالی التهاب (perisplenitis)۔

ان میں سے بعض ساری حالتوں میں مرضی عمل بیش دمویت کے درجہ سے بڑھ کر حاد التهاب کے درجہ میں پہنچ جاتا ہے، جیسا کہ زیگلر (Ziegler) کی رائے کے مطابق عروق اور لب کے اندر سپید خلیوں کی مقدار کثیر کے طے سے ظاہر ہوتا ہے۔ خراج عام التهاب طحال کا نہایت شاؤ نتیجہ ہوتا ہے۔ التهاب طحال کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ کسہ کا التهاب، یعنی التهاب کیسہ (capsulitis) یا گرد طحالی التهاب (perisplenitis) ہو، اور اس کے نتیجہ کے طور پر متصلہ اعضا یا جدار شکم کے ساتھ انضمام پیدا ہو جاتے ہیں۔ حاد یا مزمن التهاب کسہ بار بار امتحانات بعد المات میں پایا جاتا ہے، اور اس کا وقوع اکثر بالخصوص حاد شکل میں، ساری اعمال کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے۔

سدادی مفعمات (embolic infarcts)۔ یہ اُن فائبرینی ذرات

کے انغراز کا نتیجہ ہوتے ہیں، جو قلب کے مصراعوں سے یا اس کے کہنوں میں علقاً سے جدا ہو گئے ہوں۔ یہ مفعمات فائبرینی شکل یا مخروطی تودے ہوتے ہیں، جو ممکن ہو

ایک بڑی جسامت حاصل کر کے طحال کا نصف یا دو تہ حصہ پر کریں۔ یہی طحالی کلانی کا سبب ہوتے ہیں۔ ان میں لونی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو دوسری جگہ (صفحہ 313) بیان کئے گئے ہیں، اور یہ عفونتی اصابتوں میں فیجی ہو جاسکتے ہیں۔ بیض دمویت اور طحالی عدم دمویت کی طحالوں میں بھی منفعت واقع ہو سکتے ہیں۔

دورنہ (tubercle)۔ یہ طحال میں عام تدرن کے جزو کے طور پر رمادی یا اکثر شوخ سرخ گرہوں کی شکل میں واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ چھوٹے مٹروں کی جسامت تک پہنچ جائیں، اور جو جرم کے طول و عرض میں اور اس کی سطح پر منتشر ہوتی ہیں۔ بعض اوقات ایک انچ قطر تک کے بڑے زرد و جینی تو دے پائے جاتے ہیں اور یہ طحالی کلانی پیدا کر سکتے ہیں۔

مزمن کلانی کے دوسرے اسباب۔ ملیریا، گتحت (rickets)، پیدائشی آتشک، مرض باجکن، اور احمد دمویت (erythraemia) میں معتدل درجہ کی کلانی دیکھی جاتی ہے۔ آفتسکی صمغیہ (syphilitic gumma) ساز ہوتا ہے، لیکن بیض دمویت میں، بالخصوص گاؤچر (Gaucher) کی قسم کی بیض دمویت میں رضیعی کا ذب بیض دموتی عدم دمویت (infantile pseudo-leukæmia) (anæmia) میں کلاں طحالی کہبت (splenomegallic cirrhosis) میں، کالا آزار میں اور مصری کلاں طحالی (Egyptian splenomegally) میں سب سے زیادہ بڑی جسامت ہو جاتی ہے، اور ان سب میں ممکن ہے کہ طحال شکم کے ایک بڑے حصے کو پر کرے۔ کیستی دویرہ اور نزف سے پیدا ہو جانے والے پیرانے دموی دویرے بھی کبھی کبھی کلاں طحالی پیدا کرتے ہیں۔ بالآخر بڑی طحالوں کا ایک مختلف الانواع گروہ ہے، جو عدم دمویت کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جس میں سے 455 بہنتوں کو طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) کا نام دیا گیا ہے۔ ان کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے (30):—

(۱) کلاں طحالی معہ گودھلیاچی نما نزف اور گرہ کی جلدیلات کے (splenomegally with peri-ellipsoidal hæmorrhages and

(nodular siderosis) - تراشیدہ سطح پر مستعد بے قاعدہ شکل کی لوہا اور چونا مشمول رکھنے والی زردی مائل بھوری گرہیں ہوتی ہیں جو قطر میں ایک اسپین کے سرے سے لے کر کئی ملی میٹر تک کی ہوتی ہیں۔ نیز چھوٹے گول یا بیضوی نزفات ہوتے ہیں۔ گرہیں اور نزفات دونوں ہلیجی نما اجسام کے گرد واقع ہوتے ہیں اور طحالی لب کے اندر ان منتشر بے قاعدہ نزفات سے ہر آسانی متفرق کئے جاسکتے ہیں جو کلاں طحالی کی تمام اقسام میں عام ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ گرہیں محض نزفا کا آخری نتیجہ ہوں، لیکن اس سے بھی زیادہ اس کا امکان ہے کہ یہ سرایت (اینفٹریٹ یا ایک سبجی شعریہ) کے باعث ہوں (31)۔ (۲) بے صفرا بولی یقان (acholuric jaundice) جو پہلے ایک جداگانہ مرض کی حیثیت سے بیان کیا گیا ہے۔ (۳) وہ کلاں طحالی جو کہ طحالی یا بابی وریڈوں کی علقتیت کے ہمراہ پائی جائے کلائی کا اولی سبب علقتیت معلوم ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ وریڈ کی دیوار کے انحطاط یا اتھیروما کے باعث ہو۔ طحال لب کی بڑی بیش پرورش اور ساتھ ہی وسیع منتشر لیفیت ظاہر کرتی ہے۔ (۴) خالص طحالی بلیش پرورش (splenic hypertrophy) جس کے ساتھ لیفیت ہو یا نہ ہو اور جس سے بوجہ زیادہ دموی آلائف کے عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ (۵) لیفی غلئی انحطاط ("fibro-adénie") جیسا کہ بینٹی (Banti) نے بیان کیا ہے۔ یہ ایک نہایت نادر حالت ہے بشرطیکہ یہ اس ملک میں ہوتی ہو۔ مرض بینٹی کی اصطلاح کا اطلاق طحالی عدم دمویت کی ان اصابتوں پر کیا جاتا ہے جن میں جگر کچھ عرصہ کے بعد اکھب ہو جاتا ہے۔ (۶) طحال کی سبکی درحلی بلیش پرورش (reticulo-endothelial hypertrophy) وہ حالت ہے جس میں لب کے طول و عرض میں اور وریڈی جو فوں میں بڑے بڑے درحلی خلیے منتشر ہوتے ہیں۔ ان اصابتوں کے کچھ تناسب میں مزمن سرایت، قتل قلب اور مزمن بابی کہبت سبب مرض ہوتے ہیں۔ ذیابیطس کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ خلیات میں لپائیڈ موجود ہوں۔ جب درحلی خلیے بہت صریح ہوں تو اس مرض کو عموماً مرض کاؤچر کہتے ہیں اور بعض اصابتوں میں شبکی درحلی تھکار اس قدر افراط کے ساتھ ہوتا ہے کہ

اس سے حقیقی سلی تکون کا گمان پیدا ہوتا ہے۔
مندرجہ ذیل تین شاذ امراض کو شبکی درحلی نظام کے امراض کے نام سے جماعت بند کیا جاتا ہے۔

گاؤچر (Gaucher) کا مرض - طحالی تغیرات کے علاوہ جو کہ اوپر بیان کے گئے ہیں، شبکی درحلی بیش پرورش کے متالی خلیات، لب غظام، لمفی گرہوں اور جگر میں پائے جاتے ہیں، جو کہ نہایت ہی بڑھے ہوئے ہیں۔ مرض زمانہ شیرخواری میں یا بچپن میں غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے اور نہایت ہی مزمن ممر اختیار کرتا ہے۔ نرف اور عدم دمویت اس سے کم نمایاں ہوتے ہیں کہ جتنے طحالی عدم دمویت میں کہ جس کے ساتھ زمانہ ماضی میں یہ جماعت بند کیا گیا ہے۔ اویری غدے بڑھے ہوئے نہیں ہوتے۔ جلد ملکن ہے بھوری ہو، اور لمٹھماٹ کی ایک ”عجیب زردی مائل فافانہ بازات پائی جاتی ہے“ جو کہ قرنیہ کے دونوں جانب دیکھائی دیتی ہے، ہڈیوں پر لمبی تغیرات کا اثر لاشاعوں کے ذریعہ دیکھا گیا ہے۔ تشخیص کلانی طحال اور دوسری علامات پر منحصر ہوتی ہے۔ طحالی کچوکا ملکن ہے خطرناک ہو۔ طحال برآری نہایت ہی نفیسی علاج ہے، لیکن ترجیحات موت کیسے قدر بلند ہے۔

نانی مین اور پیک (Niemann-Pick) کا مرض - شبکی درحلی نظام کے بڑے خلیات لپائڈ پر مشتمل ہوتے ہیں اور ”کف دار“ نظر آتے ہیں۔ یہ مرض تقریباً تمام تر نوع مرید ہودی بچوں میں ہوتا ہے، اور زیادہ تر عورت بچوں میں، اور وہ غذا دہی کے اختلالات سے شروع ہو کر جلد ہی خوار اور بین روئیت سے ہلاکت واقع کر دیتا ہے۔ طحال جگر اور لمفی گرہیں بڑھی ہوئی ہوتی ہیں۔ بھوری لونیت عدم دمویت اور معتدل ابیض خلویت موجود ہوتی ہے۔

ہینڈ اور کرسچن (Hand-Christian) کا مرض - لپائڈ خلوی اجتماعات خاص طور پر چھٹی ہڈیوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب حجم میں موجود ہو تو جھوڑا عین، جو کہ بنا اوقات یک جانی ہوتا ہے، اور ذیابیطس پیدا کرتے ہیں، جو کہ ایک متمیز علامت ہے۔ یہ ابتدائے طفولیت میں واقع ہوتا ہے اور قریباً

نزفات اور کسور عام ہوتے ہیں۔

امراض نظام لمفائیہ

458

نظام لمفائیہ جن امراض سے متاثر ہو سکتا ہے اُن کی اکثریت عروق لمفائیہ کے اندر کوئی شے غریب، مثلاً خرد عضویہ، سلی خلیات، یا کوئی حباب ذرات، اور بعض امراض کے زہر (جو ممکن ہے کہ بالآخر خرد عضوی نوعیت کے ثابت ہوں) داخل ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس سے یا تو حاد التهاب پیدا ہو جاتا ہے یا غدے میں اُسی نوعیت کا تغیر پیدا ہو جاتا ہے جو کہ شے غریب کے منبع میں ہوتا ہے۔ ان تغیرات کی مثالیں اس کتاب میں شروع سے آخر تک پھیلی ہوئی ہیں۔ التهاب لمفی عروقی میں لمفی عروق، غفونی زہروں کے نتیجہ کے طور پر ملہتہب ہو جاتے ہیں۔ لمفی عروق کا تسدو بالید کا نتیجہ ہوتا ہے یا حاد یا مزمن التهاب کی وجہ سے انداب ہو جانے کا۔

مرض ہاجکن

(Hodgkin's disease)

خبیث لمفی غلی سلعہ، لمفی ذہاتی سلحیت، کاذب بیض دموت

(LYMPHADENOMA MALIGNA, LYMPHOGRANULOMATOSIS,

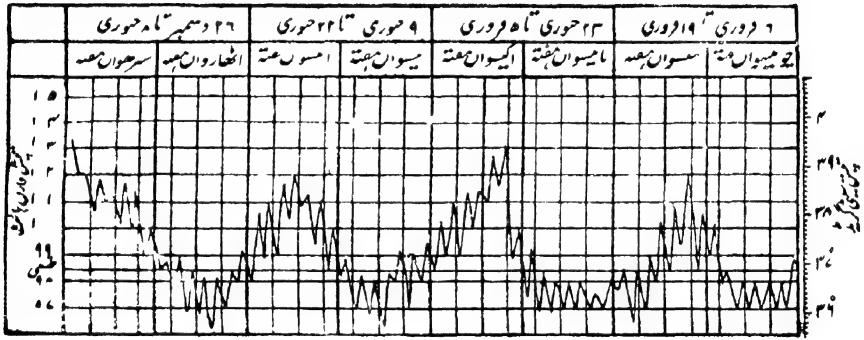
PSEUDO-LEUKEMIA)

ولکس (Wilks) نے اس مرض کو ہاجکن کے نام سے موسوم کیا، جس نے ۱۸۳۲ء میں غدو لمفائیہ کی کلانی کی اصابتوں کا ایک سلسلہ ابتداءً بیان کیا جس میں طحال کے اندر ایک مخصوص قسم کا جماؤ ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ مرض ہاجکن ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن ساٹھ سال کے بعد شاذ ہے۔ نصف اصابتیں تیس اور چالیس سال کے درمیان اور ایکس تہائی اصابتیں شیرخواری سے لے کر بیس سال کی عمر تک ہوتی ہیں بعد تو

نسبت مرد و چند بتلا ہوتے ہیں۔ مرض ہاجکن کے لمفی غدی سلی غد و در نہ سے ماؤف ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور یہ دونوں حالتیں زمانہ گزشتہ میں اکثر خلط ملط کر دی گئی ہیں (82)۔

مرضی تشریح - ماؤف غد و لمفائیہ تراشنے پر ہلکے رماوی یا رماوی سفید ہوتے ہیں۔ خورد بینی امتحان پر ان کے تمثیلی خصائص یہ ہیں :- چھوٹے عفرتی خلیے معہ ایک دو یا زیادہ نواتوں کے، ایوسین پسند ابیض خلیے اور لیفیت۔ طحال عموماً معمول کی نسبت بڑھ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کا وزن تیس انچس



شکل ۵۵ - مرض ہاجکن میں مز میں تب ناکہ

تک پہنچ جائے۔ وہ معتدل طور پر سخت ہوتی ہے اور تراشنے پر متعدد سفید یا زردی مائل رسولیاں ظاہر کرتی ہے، جن کا قطر $\frac{1}{8}$ سے $\frac{1}{4}$ انچ تک ہوتا ہے اور جو اس کے جرم کے طول و عرض میں منتشر ہو کر ایسا منظر پیدا کرتی ہیں جس کیلئے ”سخت سنگی ہوئی سنگی“ (”Hard-bake“) کی موزوں تشبیہ استعمال کی گئی ہے۔ یہ رسولیاں مالکیجی جیمات سے پیدا ہوتی ہیں۔ ایسی ہی رسولیاں جگر یا گردوں کے اندر یا لوزتین میں، یا بلعوم معدہ اور آنت کی جراثیمات میں منتشر شدہ پائی جاتی ہیں۔ گرہیں پیچھے ہٹوں میں بھی موجود ہوتی ہیں اور پلیور اور دوسری مصلی اغشیہ کے نیچے بھی نرم گلابی مائل رماوی چھٹے تو دے پائے گئے ہیں۔ بزنج اور خصبیہ پر بھی حملہ ہوا ہے۔ اور اکثر لب عظام بھی ماؤف ہو کر ایک سرخی مائل رماوی

نیم متوہ مادہ میں متغیر ہو جاتا ہے، یا زرد، یا مدی، یا سفید گرہیں ظاہر کرتا ہے۔

امراضیات - فاعلانہ بالیدگی پانے والے غدو کی تعلیقات کا شراب دروں دماغی طور پر خړ گوشوں میں کیا جائے تو ناہم آہنگی اور اس کے ساتھ عضلی اتواری اور شنجی چال پیدا ہوتی ہے اور یہ ایک قیمتی حیاتیاتی کاشفہ ہے، گو کہ مزمن غدو اور ایسے غدو جن کا لاشعاعی علاج کیا گیا ہو منفی نتائج دیتے ہیں (46)۔ یہ امر نہایت عجیب ہے کہ لبتہ اور دم کے حیاتیاتی خواص بھی یہی ہوتے ہیں۔ باجتن کے غدو کی تعلیقات میں ابتدائی اجسام مثلاً گاؤچیک کے پیتھینی اجسام (Paschen bodies) دیکھے گئے ہیں جو ایما کرتے ہیں کہ یہ ایک قشبی مرض ہے۔

457

علامات - مرض کے خاص سریری خصائص لمفائی غدو کی کلانی اور عدم دتوت ہیں۔ عموماً لمفائی کلانی پہلے واقع ہوتی ہے اور یہ تغیر بیشتر اصابتوں میں غسقی غدو کے اندر شروع ہو کر ازاں بعد بغل اور جنگاسے کے غدو کو ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ غدو بے قاعدہ اور مختلف الجوامست گرہکی تودے بنا دیتے ہیں جو کمبوتر کے انڈے یا مرغی کے انڈے کے برابر ہوتے ہیں اور بالعموم سخت، عموماً غیر متانم ہوتے ہیں، اور ابتداءً جلد کے نیچے ایک دوسرے پر آزادانہ تحرک پذیر رہتے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے کہ وہ باہم منضم ہو جائیں، لیکن ان میں تقطیع شاذ ہے۔ واسطی غدو متاثر ہو جاتے ہیں جیسا کہ لاشعاعوں کے ذریعہ پتہ چلتا ہے، اور بعض اوقات واسطی سایہ کا چوڑا ہو جانا مرض کی پہلی شہادت ہوتی ہے (صفحہ ۵۱۸ ص 308)۔ ماسارینیکی اور خلف الباریطون غدو بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے بہت سے سطوں میں غدو کی بالیدگی ایسی ہو سکتی ہے کہ جس سے متصلہ اعضا پر خطرناک دباؤ پڑ سکتا ہے۔ یہ اعضا یہ ہیں: گردن میں، حجرہ، قصبۃ الریۃ، اور مری، اور صدر میں، بڑی وریدیں اور باز گرد اعصاب کیمی کیمی ہڈیاں ماؤف ہو جاتی ہیں، لیکن ان میں کسر واقع ہونے کا وہ رجحان نہیں ہوتا جیسا کہ سرطانی حملہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ نخاع پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے، یا بغیر کسی ظاہر سبب کے پانالچ (paraplegia) واقع ہو جائے۔

بالعموم طحال کی کلانی صرف معتدل درجہ کی ہوتی ہے۔ وہ بائیں نعلی حاشیہ

قدرے نیچے بروز کراتی ہے، یا شکم کے بائیں بالائی رُج میں واقع ہوتی ہے، اور شاہی اس جہانت کو پہنچتی ہے جیسی کہ لہی خلوی بیض دمویت میں دیکھی جاتی ہے۔ ثانوی عدم دمویت، نسبتاً عاجل نمایاں علامت ہے۔ اور شدید اصابتوں میں یو قلموں خلیات اور نوات وار سرخ خلیات دیکھے جاتے ہیں۔ ابیض خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور جب غد ممول سے زیادہ نرم ہوں تو وہ فی مکعب ملی میٹر ۱۵۰۰۰ یا ۲۰۰۰۰ تک پہنچ جاتے ہیں۔ لیکن عام طور پر یہ زیادتی خفیف ہوتی ہے۔ یہ کثیر الاشکال خلیات کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے، جو کہ عام طور پر فی مکعب ملی میٹر ۵۰۰ سے اوپر ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۲)۔ اور ایک قیمتی نکتہ تشخیص ہے۔ لیکن بعض اوقات قلت خلیات ابیض پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات جلدی لونیت واقع ہو جاتی ہے، اور یہ کلاہ گردہ کے قشرہ کے فعل میں مداخلت کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ کبھی کبھی شدید خارش (pruritis) مع حکاک (prurigo) کے جو کہ تشخیص کا ایما کرتا ہے، اور غلہ اور جلد کی لمفی غلی سلعی در ریزش واقع ہو جاتی ہے۔

تب۔ جب عمیق غد و ماؤف ہوتے ہیں تو تپ ناکس موجود ہو سکتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۵) جو کہ دیگر ناکس تیوں سے اس امر میں مختلف ہوتی ہے کہ اس مرض میں مدت علالت نسبتاً طویل ہوتی ہے، جو پچاسی فی صدی اصابتوں میں پندرہ اور بیس دن کے درمیان اور ہر انفرادی اصابت کے لئے خاصی متقل ہوا کرتی ہے [(28) مرض پیل ایبشٹین = (Pel-Ebstein's disease)]۔ تپ کا مسلسل ہونا بھی ممکن ہے۔

جلد ہی کی قدر کمزوری دیکھنے میں آتی ہے، اور جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے عدم دمویت کے اثر زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ ممکن ہے بھر موجود ہو۔ نیز کچھ عرصہ میں جوارح زیریں کا اذیا واقع ہو جاتا ہے، اور شاید اس کے ساتھ ہی استقاء شکمی، تارموری انصباب یا استقاء الصدر ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ دوسرے شدید دموی امراض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ناک یا مسوڑھوں سے یا جلد کے نیچے نزفات واقع ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ جماؤ تفرح پیدا کر کے جلد میں سے نکل آئیں۔ بالآخر

خستگی، اختصاص، نرف، دماغی اختلال، قویا یا تشجات سے، یا ذات الریہ، ذات الجنب یا اذیمائے شش سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ باجکین کے مرض غد کے ابتدائی درجہ کو دنی کلانی غد سے تمیز کرنا مشکل ہو جائے، بالخصوص اس وقت جب کہ بائیدگی غد کے ایک ہی گروہ تک محدود ہو۔ لیکن درنی غد باہم الجھے ہوئے ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور مرض باجکین میں غد عموماً علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ درنہ عموماً غد کے ایک ہی گروہ کو ماؤف کرتا ہے۔ اور مرض باجکین میں تغیرات بالآخر وسیع ہوتے ہیں۔ نوایہ (neoplasm) اور غدی بخار (glandular fever) میں جو غدی کلانی واقع ہوتی ہے، اس کو متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔ آخر الذکر میں یک نواتی خلویت ہوتی ہے، اور باجکین کے مرض میں جبکہ پہلے بیان کیا گیا ہے کثیر الاشکال نواتی امیض خلویت ہوتی ہے۔ سینہ کا لاشعاعی امتحان اور گارڈن کا جیاتیاتی کا شفعہ بھی بیان کئے جا چکے ہیں۔ متذکرہ بالا قسم کی پیش ناکہ مرض باجکین کی تائید میں ایک قوی دلیل ہے۔

علاج۔ بعض اصابتوں میں سنگمیا بہت مفید ثابت ہوئی ہے۔ اسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، یہاں تک کہ لائیکو آرسینی کیلیس (liquor arsenicalis) کے ۵ قطرے روزانہ تین بار لئے جائیں۔ آرسینو بینزال (arsenobenzol) اور نوو آرسینو بینزال (novarsenobenzol) بھی منفعت بخش ہیں۔ عمیق لاشعاعی علاج کے ذریعہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ فوری نتائج اچھے ہوتے ہیں، اور سب سے پہلے جاؤ غائب ہو جاتے ہیں۔ اگر مرض پہلے چند مہینے زندہ رہتے تھے تو اب وہ چند سال تک زندہ رہتے ہیں۔ گارڈن کے قشرب کے ذریعہ جدید ریخی علاج ابھی تک تجرباتی درجہ میں ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 O S Gibbs 1924 *Quart Journ Med*, 17,
p 312
- 2 R V Christie, G Lovell Gulland and
others 1927 *Q J M*, 20, pp 471-510
- 3 J M H Campbell 1922 *Brit Journ Exp Path*,
3, p 217
- 4 C Price-Jones 1922 *Journ Path and Bact*,
25, p 487
- 5 C C Ungley and G V James 1934 *Quart Journ Med*, 3,
p 523
- 6 A Goodall 1932 *Lancet*, 11, p 781
- 7 E Starkenstein 1928 *Klin Woch*, 7, pp 217,
267
- 8 E Bulmer 1933 *Lancet*, 1, p 1119
- 9 N H. Fairley and
H H Scott 1933 *Lancet*, 1, p 75
- 10 S J Hartfall 1934 *Lancet*, 1, p 620
- 11 F W Madison and
T L Squier 1934 *Quoted Brit Med
Journ*, 11, p 29
- 12 A C Hampson 1929 *Personal Communica-
tions*
- 13 K Faber 1927 *Lancet*, 11, p 901
- 14 L J Witts (Goulstonian Lectures) 1932 *Lancet*, 1, p 495, 549,
653
- 15 L G Parsons 1933 *Brit Med Journ*, 11, p
631
- 16 A C Hampson and
E C Warner 1930 *Arch Dis in Childhood*,
5, p 299
- 17 J F Wilkinson and
W Brockbank 1930-31 *Quart Journ Med*,
24, p 219.
- 18 R D passery 1924 *Guy's Hosp Rep*, 74,
p 329
- 19 A F Hurst 1924 *Brit Med. Journ*, 1, p
93
- 20 Review on Diseases of
Blood 1923 *Med Sci*, 8, p 476
- 21 S C Dyke 1924 *Lancet*, 1, p 1048

- | | | | |
|----|----------------------------------|---------|--------------------------------------|
| 22 | S P Bedson | 1929 | Personal Communication. |
| 23 | R L Waterfield | 1928 | <i>Guy's Hosp Rep</i> , 78, p 265 |
| 24 | Mildred Warde | 1923 | <i>Brit Med. Journ</i> , 11., p 599. |
| 25 | J. Barcroft | 1925 | <i>Lancet</i> , 1, p 319 |
| 26 | Review on Blood Circulation, etc | 1922 | <i>Med Sci</i> , 5, p 496 |
| 27 | G A Sutherland and B Williamson | 1925 | <i>Lancet</i> , 1, p 323 |
| 28 | A J Hall and J S C Douglas | 1922 | <i>Quart Journ Med</i> , 16, p 22 |
| 29 | H C Gram (quoted from) | 1921 | <i>Med Sci</i> , 3, p 369 |
| 30 | J W M Mcnee | 1929 | <i>Glasgow Med Journ</i> , 111, p 65 |
| 31 | J Fawcett and A G Gibson | 1928 | <i>Lancet</i> , 1, p 1171 |
| 32 | H D Rolleston | 1925 | <i>Lancet</i> , 11., p 1209 |
| 33 | L J Witts | 1930 | <i>Guy's Hosp Rep</i> , 80, p 253 |
| 34 | R S Harrison | 1931 | <i>Guy's Hosp Rep</i> , 81, p 215. |
| 35 | F L Knott and W L. Watt | 1930 | <i>Brit Med Journ</i> , 11, p 991 |
| 36 | J Bamforth and J L Edwards | 1933 | <i>Lancet</i> , 1., p. 857. |
| 37 | M Maizels and C B Arthur | 1929-30 | <i>Quart Journ Med</i> , 23, p 171 |
| 38 | F Parkes Weber | 1933 | <i>Lancet</i> , 1, p 800 |
| 39 | H L Tidy | 1930 | <i>Brit Med Journ</i> , 11, p 1073 |
| 40 | W Cramer | 1929 | <i>Lancet</i> , 11, p 1332 |
| 41 | W W Payne and R E Steen | 1929 | <i>Brit Med Journ</i> , 11, p 1150 |
| 42 | J W Pickering | 1929 | <i>Lancet</i> , 11, p 1239 |
| 43 | A Szent-Gyorgi | 1934 | Personal Communication |
| 44 | J Venables | 1934 | <i>Lancet</i> , 1, p 108 |
| 45 | J R Marrack (Modified) | 1929 | <i>Lancet</i> , 11, p 512 |
| 46 | M H Gordon | 1934 | <i>Proc Roy Soc Med</i> , 27, p 1035 |
| 47 | R. A McCance | 1936 | Goulstoman Lectures |

تخول اور اندرونی افراز کے امراض

اساسی تخول

(THE BASAL METABOLISM)

(اساسی تخولی شرح = basal metabolic rate)

یہ طریقہ بالخصوص مستتب درقی مرض اور فرہی میں بیت در قیت اور ناقص در قیت کی تشخیص کے لئے نیز ایک اصابت کی رفتار اور علاج کا اثر ظاہر کرنے کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔ اساسی تخول سے وہ حرارت مراد ہے جس کو ایک فرد وقت کی ایک اکائی میں معیاری حالات کے تحت خارج کرتا ہے، یعنی اس وقت جبکہ وہ آخری کھانے کے کم از کم بارہ گھنٹے بعد پیٹ کے بل چپ چاپ لیٹا رہے اور کوئی عضلی حرکت نہ کرے۔ زمانہ حال تک یہ قدر اخذ کردہ آکسیجن اور خسار ج کردہ (CO_2) کی مقدار پر سے بالواسطہ متعین کی گئی ہے۔ زنتز (Zuntz) اور شمبرگ (Schumburg) کے مندرجہ ذیل اعداد استعمال کئے گئے ہیں اور یہ فرض کیا گیا ہے کہ غذائیں پروٹین معمولی مقدار میں موجود تھیں (10):—

تنفسی حاصلات تقسیم
(respiratory quotients)

حرارت فی لیٹر آکسیجن
(calories per 1 litre of oxygen)

۴۱۶۷

۰.۷۷

۴۱۷۱

۰.۷۷

۴۱۷۷

۰.۷۸

۴۱۸۳

۰.۷۸

۴۱۸۹

۰.۷۹

تنفسی حاصل تقسیم وہ نسبت ہے جو خارج کردہ (CO_2) کے حجم اور اخذ کردہ

ہ کیجن کے حجم کے درمیان ہوتی ہے۔ ان اعداد پر سے اُس فرد کی حرارت کی فی گھنٹہ یا فی چوبیس گھنٹہ برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے اور اس کا اُسی جسامت کے طبعی اشخاص کی اوسط پیدائش حرارت کے ساتھ مقابلہ کیا جاتا ہے یہ فرض کرتے ہوئے کہ اسی عمر اور صنف کے تندرست اشخاص میں حرارت کی برآمد جسمانی سطح سے متناسب ہوتی ہے۔ چنانچہ قد کو سنٹی میٹروں میں اور وزن کو کلوگراموں میں ناپنے کے بعد شکل ۵۵ سے سطحی رقبہ مربع میٹروں میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔

جدول ۱۷۔ طبی تحول کے معیار

جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ اوسط حرارے (Du Bois) (4)

عمر	مرد	عورت
سال	حرارے	حرارے
۱۲ تا ۱۶	۴۶.۵	۴۳.۵
۱۶ ۵ ۱۸	۴۳.۵	۴۰.۵
۱۸ ۵ ۲۰	۴۱.۵	۳۸.۵
۲۰ ۵ ۲۵	۳۹.۵	۳۶.۵
۲۵ ۵ ۳۰	۳۹.۵	۳۶.۵
۳۰ ۵ ۴۰	۳۸.۵	۳۶.۵
۴۰ ۵ ۵۰	۳۶.۵	۳۵.۵
۵۰ ۵ ۶۰	۳۶.۵	۳۴.۵
۶۰ ۵ ۷۰	۳۵.۵	۳۳.۵

نیز جدول ۱۷ سے مختلف عمروں کے طبعی مردوں اور عورتوں کی جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ حراری برآمد علوم ہوتی ہے۔ اگر دریافت شدہ قدر حساب لگائی نہوی قدر سے ۱۰ فی صدی سے زائد اختلاف نہ رکھے تو تحول کو طبعی سمجھنا چاہئے۔

تاہم آدمی میں حرارت کی پیدائش کے حالیہ مطالعہ سے یہ پایا گیا ہے کہ زنترا اور شہبرگ کے اعداد جس نظریہ پر مبنی ہیں (یعنی یہ کہ تنفسی حاصل تقسیم کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وہ نسبت ظاہر کرتا ہے جو کہ جسم میں جل رہی ہے) وہ

برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے۔ اس کا مقابلہ اس CO_2 سے کیا جاتا ہے جو کہ صفحہ ۲ کی قانون نگارشی (nomogram) کو استعمال کرتے ہوئے وزن، عمر اور صنف سے دریافت کی جاتی ہے ایک مستقیم کنارہ دئے ہوئے وزن سے لے کر دی ہوئی عمر تک خاکے کے وار پار رکھ دیا جاتا ہے، اور وہ اوسط اساسی CO_2 خط کو مطلوبہ عدد پر کاٹتا ہے، اور اس سے ہر چوبیس گھنٹہ کے لئے اساسی حرارے بھی معلوم ہو جاتے ہیں۔ جب کہ غذا تجویز کرنی مقصود ہو، CO_2 کی طبی حدود، اس نقطہ سے بائیں طرف اوپر دائیں طرف اٹھتی طور پر جا کر حاصل ہوتی ہیں۔ تحول قد سے کچھ نسبت نہیں رکھتا (1)۔

فاقہ کے دوران میں یا اس وقت جب کہ غذائی رسد کم ہو جانے سے قلب تغذیہ ہو، اساسی تحول میں کمی پیدا ہو جاتی ہے۔

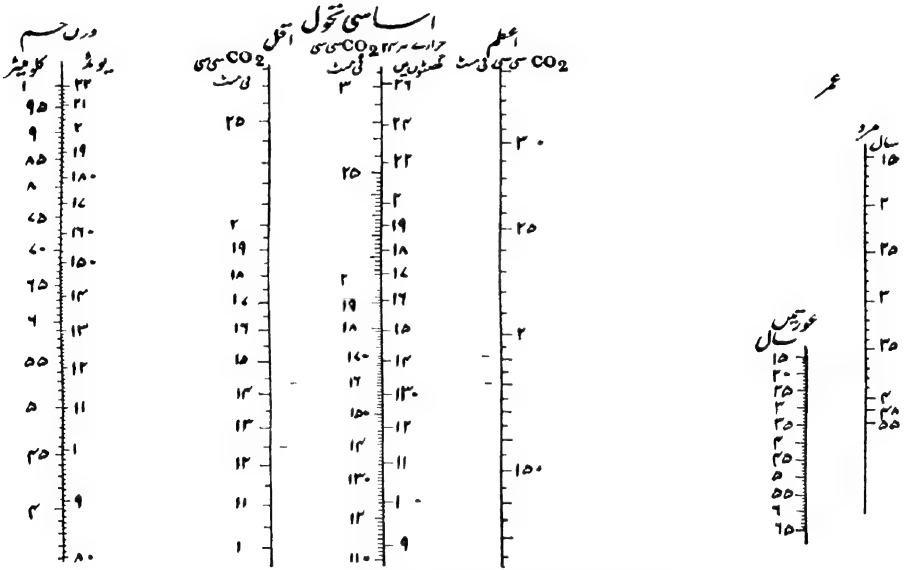
ذیابیطس شکاری

(DIABETES MELLITUS)

ذیابیطس شکاری وہ مرض ہے جس کا تمیز خاصہ یہ ہے کہ پیشاب میں شکر (گلو کو زیا ڈکسیٹوز) مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے۔ اس مرض کا سبب حذائر لشکر بائس کا ناقص فعل ہے جس کا موزوں علاج یہ ہے کہ انسولین کا باقاعدہ استعمال کیا جائے۔ شکر کے اخراج یعنی شکر بولیت (glycosuria) کے ساتھ اکثر پیشاب بھی بڑی مقداروں میں آتا ہے (کثرت بول) اور یہی علامت جو ایک نمایاں علامت ہے، ذیابیطس کی وجہ تسمیہ ہے (ذیابیطس ایک یونانی لفظ ہے جس کے معنی ”بیچ میں سے گزر جانا“ ہے) کثرت بول بلا شکر بولیت بھی بہت سی حالتوں میں پیدا ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک خاص شکل جس کو ملیخ ذیابیطس (diabetes insipidus) کہتے ہیں، آئندہ بیان کی جائے گی۔

بحث اسباب - ذیابیطس شکاری کی بہت سی اصابتوں میں کسی تبیی عامل کا پتہ نہیں چلتا۔ لیکن بعض متقین عاملات ایسے ہیں جو مرض کے

صفحہ ۳۷



قانون نیماز اس سبب کو درماب کر کے لئے۔

اسی طرح یہ ایک حاکم دوسری نگہ ساج کا گیا ہے (54) -
(المعاملہ 460)

حملہ کے لئے سازگار ہوتے ہیں۔ ذیابیطس یہودیوں میں بہت پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ موروثی ہو، یا اُسی خاندان کے بھائیوں اور بہنوں میں ہو۔ موروثی ذیابیطس نہایت خفیف ہو سکتا ہے، لیکن اکثر وہ منتوالی نسلوں میں زیادہ خطرناک ہو جانے اور نسبتاً ابتدائی عمر میں شروع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ ذیابیطس کا حملہ اکثر موٹے اشخاص میں ہوتا ہے، جو کھاتے زیادہ اور ورزش کم کرتے ہیں۔ اسی واسطے یہ مرض بالخصوص متمول اشخاص کا ہے۔ اس حقیقت کی توجیہ اس طرح کی جاسکتی ہے کہ بسیار خوری تحول کی زیادتی پیدا کرتی ہے، جس سے لبدبہ اور دوسرے اعضا پر زیادہ بار پڑ جاتا ہے۔ ذیابیطس اور نقرس کے ایک ساتھ پائے جانے کی توجیہ بھی غالباً اسی واقعہ سے ہوتی ہے کہ یہ ہر دو امراض بسیار خور اشخاص میں ہوا کرتے ہیں۔ چنانچہ وسطیورپ کی سلطنتوں میں جنگی غذائے اس مرض پر گہرا اثر کیا اور موٹے عمر رسیدہ اشخاص کی شکر بولیت جاتی رہی۔ محاصرہ پیرس میں بوکارڈاٹ (Bouchardat) نے بھی اس حقیقت کا مشاہدہ کیا۔ غالباً گوشت کے راتب کی تخفیف سب سے زیادہ اہم عامل تھا۔ ایک نہایت عام خیال یہ ہے کہ ذیابیطس ہونے کا امکان اُن لوگوں میں زیادہ ہوتا ہے جو شکر اور مٹھائیاں بے حد کھاتے ہیں، لیکن اعداد و شمار اس کا ثبوت بہم نہیں پہنچاتے۔ ہندوستان میں خفیف شکل کے ذیابیطس کا پھیلا ہوا ہونا غالباً فریبھی کے ساتھ وابستہ ہے، جس کا جزوی سبب کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل غذا کی کثرت اور ورزش کی قلت یا عدم موجودگی ہے۔ ممکن ہے کہ دوڑ و صوب کی زندگی، اعصاب پر بار بار اور جذباتی صدمہ اس مرض کے حملہ میں نمایاں حصہ لیتے ہوں۔ یہ امر کیانن (Cannon) کے مشاہدات کے باعث خاص طور پر دلچسپ ہے اور وہ یہ ہیں کہ حیوانات میں جذبات نے سرگردوں کی تحریک پیدا کر کے بیش شکر دمویت پیدا کر دی، نیز یہ کہ اُن طلبہ کو جو امتحانات میں شریک ہوئے یا جو کسی اہم جسمانی آزمائش میں مثلاً اپنے کالج کے طرف سے کھیل میں شریک ہونے والے تھے، اکثر شکر بولیت کی شکایت ہو گئی۔ گراہم (Graham) نے خود اپنی حالت میں دیکھا کہ اگر ام ڈیکسٹروز

لینے کے تیس منٹ بعد دومی شکر بڑھ کر ۱۰۰ فی صدی ہو گئی، لیکن جب کچھ عرصہ سخت محنت کا کام کرایا گیا جب کہ تعطیل کی ضرورت تھی اور اس کے بعد یہی امتحان عمل میں لایا گیا تو دومی شکر کی مقدار ۱۸۵۔۱۰ پائی گئی اور نصف گھنٹہ تک اتنی ہی رہی۔ مخونلی کاؤٹر (exophthalmic goitre) کے بعد بھی حقیقی ذیابیطس ہو گئی ہے۔ حاد سرائت بھی ایک سبب معدّ ہے، خواہ یہ سرائت عمومی ہو یا بالخصوص لبلبہ کے قرب وجوار میں محدود المقام رہ کر التهاب لبلبہ پیدا کر دے۔ شکر کی کم برداشت اور شکر بولیت اُن غرض حالتوں میں بھی پائی جاتی ہے، جن کو بعض اوقات گندیدہ خون کی شکر بولیت (sapræmic glycosuria) کہتے ہیں اور تذکرہ کے قابل ہے۔ غرض حالت دفع ہو جانے پر یہ شکر بولیت بھی جاتی رہتی ہے۔ آتشک بھی ایک ممکن سبب ہے۔ زندگی کے آخری عاشوروں میں ایک ہلکے قسم کی ذیابیطس کا ہونا عام ہے۔ شاید آتھیر و مایاشیخوخی تریانی تغیرات یا منتشریش تکونی صلابت (hyperplastic sclerosis) جزائر لنگر باؤس میں کوئی نقص پیدا کر دیتے ہیں، اور یہ خفیف درجہ کے اس نقص سے مشابہ ہوتا ہے جو کہ صلابت الشریانی (arterio-sclerotic kidney) کی حالت میں گردے کی اخراجی قوت میں واقع ہو جاتا ہے۔ ذیابیطس گنگرین میں ممکن ہے کہ ذیابیطس اور گنگرین ہر دو کا ایک اولی عروقی سبب ہو۔ لیکن اس میں کوئی شبہ نہیں کہ گنگرین شکر بولیت کو بڑھا دیتی ہے، جو عملیہ کے بعد اکثر زائل ہو جاتی ہے۔ لیکن اس کا عکس بھی درست ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ انسولین سے گنگرین رفع ہو جائے۔ ضرب کے بعد بھی ذیابیطس ہو جاتا ہے، نہ صرف اُس ضرب سے جو لبلبہ کے مقام پر ہو، بلکہ اُس سے بھی جو دور دراز مقامات پر ہو، مثلاً ایک کسور جارحہ (fractured limb) سے۔ سر کے تضرات بھی شکر بولیت پیدا کر سکتے ہیں۔ یہ غالباً کلاؤڈ برناؤڈ کے ”وخسری ذیابیطس“ (puncture diabetes) سے متماثل ہوتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔

کاربوہائیڈریٹ کے تحول کی فعلیات۔ جسم کے کاربوہائیڈریٹ محفوظات گلائیکو جن کی شکل میں مذکور ہوتے ہیں، جو جگر اور عضلات میں

تقریباً مساوی طور پر منقسم ہوتی ہے۔ گلاukoجن غذا کے کاربوہائیڈریٹس اور پروٹینز سے بنتی ہے۔ آخر الذکر معاً سے آمینو ایسڈز کی شکل میں جذب ہوتے ہیں، اور وہ نظام جسم کے ذاتی پروٹینز کی تالیف کے لئے استعمال میں آتے ہیں، یا پھر ایمنو ربا کے بعد ان کی فی الفور تسمید ہو جاتی یا ان سے گلاukoجن بن جاتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹس بھی ہضم سے ٹوٹ پھوٹ جاتے ہیں اور ڈیکسٹریس (dextrins) کی شکل میں اور مقابلاً ساوہ اشیاء جیسے کہ ڈیکسٹروس (dextrose) اور لیوئیوس (laevulose) کی شکل میں جذب ہو سکتے ہیں۔ یہ سب اجسام ورید الباب کی راہ سے جگر میں چلے جاتے ہیں۔ جگر ڈیکسٹریس اور لیوئیوس کو تمام تر اخذ کر کے اُن سے وہین گلاukoجن بنالیتا ہے۔ لیکن اگر لیوئیوس کی بہت بڑی مقداریں کھائی گئی ہیں تو اُس میں سے کچھ حصہ جگر کے پار نکل کر عام دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے اور پھر گردہ اُسے فی الفور خارج کر کے لیوئیوسولیت (laevulosuria) پیدا کر دیتا ہے۔ یہی حالت جگر کے مرض میں بھی پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ جگر ان حالات میں لیوئیوس کی اس مقدار کو روکے رکھنے کے ناقابل ہوتا ہے، جسے وہ معمولی حالت میں بالکل آسانی کے ساتھ نبٹا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ ڈیکسٹروس کا کچھ حصہ جگر میں رکارہ جائے، لیکن اُس کا کچھ حصہ تو یقیناً اُس کے پار نکل کر عام دوران خون میں چلا جاتا ہے، کیونکہ ایک تندرست شخص کے خون میں شکر کی مقدار غذا کے بعد فوراً زیادہ پائی جاتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۷)۔ چنانچہ نظامی خون کو ڈیکسٹروس کی رسد دو منبعوں سے پہنچتی ہے:-

(۱) غذا سے، اور یہ تغیر پذیر رسد ہوتی ہے۔ (۲) جگر کی گلاukoجن سے اور یہ غالباً خاصی مستقل رسد ہوتی ہے، اور اس گلاukoجن کی شکست و ریخت وہاں غالباً ایک نشا پاش خمیر کے ذریعہ واقع ہوتی ہے۔ ناشتہ سے پہلے خون میں ڈیکسٹروس کا ارتکاز عموماً ۰.۱۰ اور ۰.۱۰ فی صدی کے قریب ہوتا ہے۔ یہ مستقل ایک تو جگر سے ڈیکسٹروس برابر بنتی رہنے کی وجہ سے اور دوسرے ساختوں کے اندر اُس کے فائز ہو جانے کے باعث برابر قائم رہتی ہے۔ ساختوں میں یا تو ڈیکسٹروس کی تسمید ہو کر اُس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO₂) اور پانی بن جاتا ہے، یا اُس سے

اور زیادہ پیچیدہ مرکبات تیار ہوتے ہیں جن میں سے ایک عضلات کی گلاٹکو جن ہے۔

انسولین جو جزائر لنگر بانس کا افراز کردہ ہارمون ہے ان اعمال میں حقیقی طور پر حصہ لیتی ہے، اگرچہ اس کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے۔ اس پر دو نقطہ ہائے نظر سے بہترین طور پر غور کیا جاسکتا ہے :- (۱) محیط میں انسولین جوئے خون سے ڈیکسٹروس کو غائب کر دیتی ہے، کیونکہ اگر یہ ذیابیطس کے کسی مریض کو دے دی جائے تو اس کے بازو کے وریدی خون میں شکر کی فی صدی مقدار اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شریانی خون میں، ورنہ حالیکہ انسولین دینے سے پہلے دونوں قدریں تقریباً مساوی ہوتی ہیں (۵)۔ غائب ہو جانے والی شکر کا کچھ حصہ تو کالبدی اور قلبی عضلات کے ذریعہ متاخذ ہو جاتا ہے، اور کچھ حصہ عضلات کے اندر گلاٹکو جن بن جاتا ہے (۶) اور غالباً شحم میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ (۲) اس کی مرکزی یا حیثانی تاثیر جگر پر دو طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے :- (الف) حاد ذیابیطس میں شحم الدم ہو کر جگر میں چربی کی زیادتی ہو جاتی ہے، غالباً اس لئے کہ کاربوہائیڈریٹ نہ ملنے کی وجہ سے چربی گوداموں میں سے منتقل کر کے جگر میں جمع کر لی جاتی ہے تاکہ وہ کام میں لائی جائے (۷)۔ یہاں وہ غالباً کاربوہائیڈریٹ میں تبدیل کر لی جاتی ہیں، اس نسبت تنفسی حاصل تقسیم کی توجیہ ہوتی ہے جو شدید اعضا بتوں میں پایا جاتا ہے، اور اس تبدیلی میں ایسیو آکسیٹک (aceto-acetic) اور بیٹا آکسی بوٹائرک ایسڈ (β -oxybutyric acid) پیدا ہو جاتے ہیں (کیتونیت) (۸)۔ انسولین اس عمل کو روک دیتی ہے، کیتونیت اور شحم الدم نابود ہو جاتے ہیں، اور جگر سے چربی غائب ہو جاتی ہے، اور تنفسی حاصل تقسیم بلند ہو جاتا ہے۔ (ب) ذیابیطس جگر میں معمول کے نسبت کم گلاٹکو جن موجود ہوتی ہے، کیونکہ یہ جگر سے خارج ہو کر خون میں چلی جاتی اور بیش شکر و مویت پیدا کر دیتی ہے جو کہ خوب متعارف ہے۔ شدید ذیابیطس میں خون کے اندر ۴۰ و ۶۰ فی صدی ڈیکسٹروس کا ارتکاز ملنا مشاؤ نہیں ہے۔ انسولین جگر کے اندر گلاٹکو جن کا احتباس پیدا کر دیتی ہے، چنانچہ کبدی شحم کی کمی کے ساتھ ساتھ

گلاٹکوجن زیادہ ہوتی جاتی ہے۔ یہ نتیجہ ممکن ہے کہ اس وجہ سے حاصل ہوتا ہو کہ انسولین جگر کے نشا پاش خمیر کے فعل کو روکتی ہے، جو اس کی عدم موجودگی میں حد سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ دوسری شکر کا یکایک کم ہو جاتا، جو انسولین کا نہایت نمایاں سریری اثر ہے، جزاً (غالباً محض) خفیف طور پر (تھکد کے باعث ہوتا ہے اور جب بزرگ عضلات میں اس کے ذخیرہ ہونے کے سبب سے اور اس واقعہ کے سبب سے کہ جگر سے شکر کی وافر مدد موقوف ہو جاتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ اگر کوئی کاربوہائیڈریٹ غذا کے طور پر لیا جاتا ہے تو وہ کچھ تو جگر میں گلاٹکوجن کی صورت میں ذخیرہ ہو جاتا اور غالباً کچھ چربی میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر بیان کی دلیل یہ ہے کہ متعدد مشاہدین نے متغی حاصل تقسیم کا ایک ارتفاع استراق کی کسی نمایاں زیادتی کے بغیر پایا ہے، جو کہ ضرور واقع ہوتی اگر لی ہوئی شکر میں سے بیشتر خارج جاتی۔ مندرجہ ذیل مشاہدہ ظاہر کرتا ہے کہ انسولین کی وسالت سے شکر کا ذخیرہ ہونا ممکن ہے کہ محض ایک عارضی امر ہو۔ ایک مریض کو انسولین کے ۱۰۰ اکائیوں کی ایک منفرد بڑی مقدار غلطی سے دے دی گئی، اور اس کا اثر زائل کرنے کیلئے اُسے فی الفور براہ دہن کاربوہائیڈریٹ کے ۱۰ گرام، ڈیکسٹروس اور وینی کی شکل میں دئے گئے۔ یہ دو روز تک بافتوں کے اندر محبوس رہے اور پھر انسولین کا اثر زائل ہو جانے کے بعد بڑی حد تک پیشاب میں خارج ہو گئے (9)۔

بلیبی قلت کا ابتدائی درجہ (ملاحظہ ہو صفحہ 409) جس میں ڈیکسٹروس اور نشا پاش خمیر جگر سے خون میں داخل ہو جاتے ہیں دوسری جگہ مذکور ہے۔ تین دوسرے یقیناتی غذائیں سرگردے، درقہ اور سٹامیہ جزائر لنکر بانس سے مخالف سمت میں عمل کرتے ہیں، کیونکہ اُن کو تحریک پہنچانے سے خون میں کی شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ سرگردے دوران خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) داخل کرتے ہیں اور یہ جگر میں پہنچ کر گلاٹکوجن کو توڑ کر اس سے ڈیکسٹروس بنادیتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس عمل کے وقوع کے لئے ضغیرہ کبدی کا صحیح و سالم رہنا ضروری ہے۔ درقہ غالباً سرگردوں کو تحریک پہنچا کر اپنا فعل کرتا ہے۔ گلاڈبرنارڈ کا دائمی بطن چہارم کا انتقاب حشائی اعصاب کے ذریعہ سرگردوں کو تحریک پہنچا کر

بیش شکر دمویت پیدا کر دیتا ہے۔

ذیابیطس شکر کی امراضیات - ۲۰۰ سال سے زائد عرصہ سے ذیابیطس شکر لبلبہ کے مرض کے ساتھ وابستہ سمجھا جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کی بعض اصابتوں میں لبلبہ صریحاً مرضی تھا۔ ۱۸۹۷ء میں وآن میرنگ (Von Mering) اور مینکوا سکی (Minkowski) نے ایک جانور کے لبلبہ کا امتیصال کر کے اس مرض کو تجربہ پیدا کر دیا۔ حال ہی میں آلین (Allen) نے بتلادیا ہے کہ اگر ایک کتے کے لبلبہ کے پچھلے حصے نکال دئے جائیں تو خفیف ذیابیطس پیدا ہو جاتا ہے، اور اگر پچھلے حصے نکال دیئے جائیں تو یہ ذیابیطس شدید درجہ کا ہوتا ہے اور مزید برآں یہ بھی بتلادیا ہے کہ وہ بافت جو اہم ہے جزیری ہوتی ہے نہ کہ غنیبی۔ تجربی مرض کے سریری خصوصیات انسانی ذیابیطس شکر سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور شدید اصابتوں میں کیتون بولیت موجود ہوتی ہے اس وقت جب کہ غذا میں چربی زیادہ ہو۔ حال ہی میں ایک حالت ذیابیطس کے برعکس بیان کی گئی ہے جس میں جزیری خلیات کی ایک خود رو بیش بالیدگی ہو کر اس سے قلیل شکر دمویت کے علامات بار بار پیدا ہوئے۔ جزئی لبلبہ برآری کے بعد اس حالت میں اصلاح ہو گئی۔

تجربی ذیابیطس میں باقی ماندہ جزائر کے اندر نیجیاتی تغیرات بالکل مخصوص و متمیز ہوتے ہیں۔ خلیات میں استقامت ہو جاتا ہے (Weichselbaum) اور اب انہیں اُن کے ممیز ذرات موجود نہیں ہوتے (Bensley)۔ وہ خستہ اور در ماندہ نظر آتے ہیں، کیونکہ جزیری بافت کی قلت کی وجہ سے انھیں کام حد سے زائد کرنا پڑا ہے۔ انسانی اصابتوں میں لبلبہ امتحان بعد المات میں اکثر طبعی نظر آتا ہے اور کوئی صریح نیجیاتی تغیرات نہیں ہوتے۔ دقت یہ ہے کہ لبلبہ موت کے بعد بہ سرعت تحلیل ہو کر خراب ہو جاتا ہے، مزید برآں یہ کہ اگر اصابت زیادہ مدت کی ہو تو جزائر کے وہ نیجیاتی تغیرات جو حاد اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں غائب ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، کیونکہ خلیات تند تر بج مروتے جاتے ہیں۔ تاہم آلین بیان کرتا ہے کہ جب وہ کافی احتیاط سے کام لیتا ہے تو خورد بینی امتحان سے ہمیشہ ذیابیطس اور غیر ذیابیطس

لبلبہ میں فرق کر سکتا ہے، بشرطیکہ بافت تازہ ہو۔ اس سے یہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ ذیابیطس اور جزائر لنگر بانس کے درمیان ایک واضح تعلق ہے۔

امراضیات ذیابیطس کے متعلق اس خیال کی ایک حیرتناک تصدیق ۱۹۲۲ء میں ایف۔ جی بینٹنگ (F. G. Banting) اور اُن کے رفیق کارسٹی۔ ایچ بیٹ (C. H. Best) کی عہد آفریں تحقیق سے ہو گئی۔ پہلے پہل کتنے کے لبلبہ سے، قنات کو باندھنے کے چند ہفتے بعد انسولین کی تفریق کی گئی۔ اس کارروائی سے عینی غلیات میں انحطاط پیدا ہو گیا لیکن جزیری غلیات صحیح و سالم رہے۔ بالآخر مسلخ سے حاصل کردہ معمولی لبلبہ سے، الکحل کے ساتھ کسری تریب کے ذریعہ انسولین تیار کرنے کا ایک طریقہ عمل میں لایا گیا، اور یہی طریقہ بعض ترمیمات کے ساتھ آج کل کام میں لایا جاتا ہے۔

تندرست اشخاص میں معمولی امتحانات سے پیشاب میں کوئی شکر نہیں مل سکتی، لیکن مخصوص طریقوں سے امتحان کرنے پر پیشاب میں ہمیشہ ۱۰ فیصدی تک شکر پائی گئی ہے۔ جب دموئی شکر زیادہ ہو کر تقریباً ۱۰۰ یا ۲۰۰ فی صدی تک پہنچ جاتی ہے تو گردہ ڈیکسٹروس کو ایسی مقداروں میں خارج کرتا ہے جن کی شناخت باسانی کی جا سکتی ہے۔ اسکو دھلیز کلوی (threshold of the kidney) کہتے ہیں۔ حقیقی ذیابیطس کے مریضوں کی دھلیز کلوی کم ہو سکتی ہے یا زیادہ۔ اول الذکر حالت میں گلوخون کے اندر کی فی صدی مقدار علاج سے گھٹ کر طبعی درجہ پر ہو گئی ہوتا ہے، شکر پھر بھی خارج ہوتی رہتی ہے۔ آخر الذکر حالت میں جب کہ دموئی شکر کی فی صدی مقدار ہنوز زیادہ (مثلاً ۳۰۰ فیصدی) ہو، شکر کا اخراج موقوف ہو جاتا ہے۔

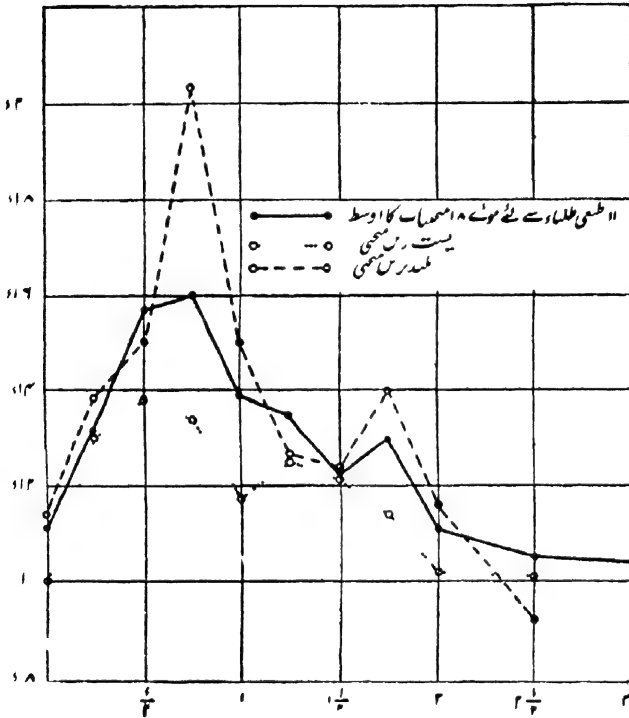
جیکبسن کے دموئی شکر بروا شت کے منحنی (Jacobsen's blood sugar tolerance curves) تشخیص میں اہمیت رکھتے ہیں۔ علی الصبح خالی معدے کی حالت میں ڈیکسٹروس کی ایک خوراک دی جاتی ہے، اور دموئی شکر کی تخمین پہلے سے اور بعد میں مقررہ وقفوں کے بعد کی جاتی ہے۔ پیشاب جمع کر لیا جاتا ہے اور اگر اس میں کوئی شکر ہو تو اس کی تخمین کر لی جاتی ہے۔ بخیارہ

طبعی طالب علموں کو ۵ گرام ڈیکسٹروس دینے کے بعد ڈاکسٹرو ڈبلیو۔ ڈبلیو۔ پی (Dr. W. W. Payne) کو جو نتائج حاصل ہوئے وہ شکل ۵۷ میں بتلائے گئے ہیں۔ الف سارے گروہ کا اوسط منحنی ہے، جب پست ترین منحنی ہے اور ج بلند ترین منحنی ہے۔ آخر الذکر حالت میں پٹیاب کے اندر شکر کا ایک شائبہ خارج ہوا۔ تینوں منحنیوں میں دومی شکر ڈیڑھ گھنٹہ میں گھٹ کر تقریباً نقطہ آغاز پر آگئی لیکن ثانوی ارتفاعات بھی نظر آ رہے ہیں۔ یہ طریقہ کلوی ذیابیطس کی اصابتوں کے گروہ کو حقیقی ذیابیطس شکاری سے علیحدہ کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 469) (84)۔ اس گروہ میں شکاری برداشت کا منحنی طبعی ہوتا ہے، اگرچہ مریض مسلسل شکر خارج کرتے رہتے ہیں۔ ذیابیطس میں دومی شکر اکثر معمول کے نسبت زیادہ سرعت کے ساتھ مرتفع ہوتی ہے اور اس کا یہ ارتفاع نسبت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے اور ابتدائی لیول والپی میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے۔ اسے شکل ۵۸ میں 'ب'، 'ج' اور 'د' منحنیوں سے ظاہر کیا گیا ہے، جو ذیابیطس شکاری کے مختلف شدتوں والے مریضوں سے حاصل کئے گئے ہیں۔ مقابلہ کی غرض سے الف منحنی بھی شامل کر لیا گیا ہے، جو طبعی طالب علم کا منحنی ہے، جو شکل ۵۷ کے اوسط منحنی سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ دیکھا جائے گا کہ ذیابیطس کی حالت میں یہ منحنیات زیادہ بلند ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ لیکن اس سے بھی زیادہ ممیز امر وہ طویل عرصہ ہے جو ان کے گر کر نقطہ آغاز تک پہنچنے میں صرف ہوتا ہے۔ یہ عرصہ ہمیشہ ڈیڑھ گھنٹے سے زائد ہوتا ہے۔ گلوکوس کی صبح ستاد جو بچوں میں استعمال کرنی چاہئے (اس کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 6)۔

464

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں میں جنہیں بعض اوقات غذائی شکر بولیٹ (alimentary glycosuria) کے نام سے یاد کرتے ہیں صرف کاربوہائیڈریٹ کی غذا کھانے کے بعد ہی پٹیاب میں شکر خارج ہوتی ہے۔ لیکن زیادہ شدید اصابتوں میں غذا کو تمام کاربوہائیڈریٹس سے مبرا کر دینے کے بعد بھی شکر مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ پروٹینز سے اور غالباً

چربی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔
شکر کے سریری کا شفات :- بینڈل کٹ کے کیفی کا شفقہ
 (Benedict's qualitative test) میں ایک امتحانی ٹلی کے اندر مشتبہ پیشاب
 کے تین یا چار قطروں میں (جس کا انحصار قطرہ کی جاست پر ہے) محلول بینڈل کٹ



شکل ۵ - دمای شکر برداشت کے طبی منحنی

کے ۴ سی سی شامل کر دیئے جاتے ہیں۔ اس آمیزہ کو گرم کر کے خوب جوش دیا جاتا ہے

۱۔ اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ وہ محلول نہ دیا جائے جو بینڈل کٹ کے کئی امتحان کیلئے مخصوص ہوتا ہے اور جس سے اُبالنے پر ایک خفیف المقدار سپید سفوف حاصل ہوتا ہے بشرطیکہ شکر موجود نہ ہو۔

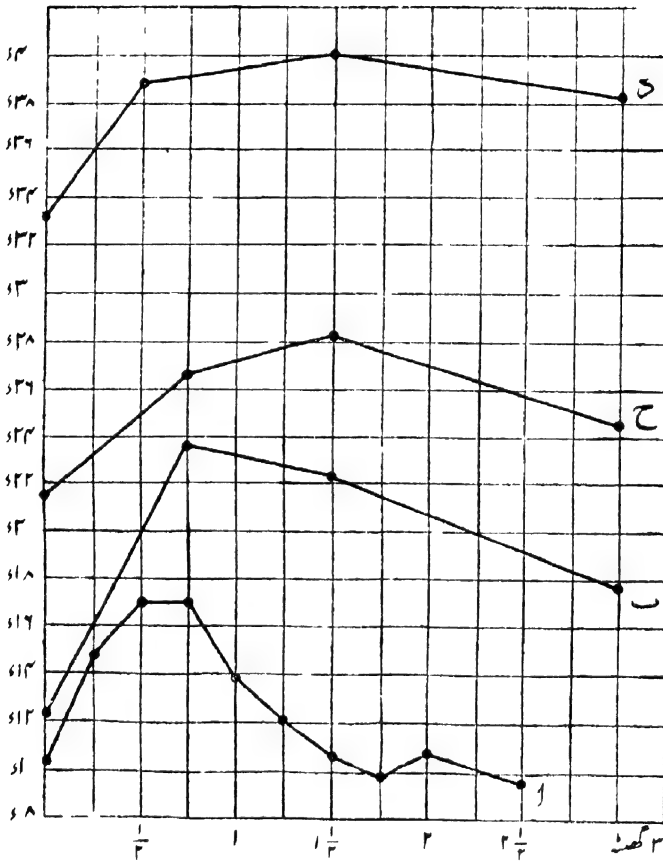
اور یہ عمل ایک دو منٹ تک جاری رکھا جاتا ہے، اور پھر آمیزہ کو خود بخود ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ اگر گلو کو ز موجود ہے تو یہ آمیزہ از سر تا پا ایک رسوب سے بھر جائے گا جو ممکن ہے کہ سرخ، یا زرد یا سبز یا نائل ہو۔ اگر شکر کی مقدار ۰.۳ فی صدی سے کم ہے تو یہ رسوب صرف ٹھنڈا ہونے پر ہی بنتا ہے۔ اگر شکر موجود نہیں ہے تو یہ محلول بالکل صاف رہتا ہے۔

فینائل ہائیڈرہیزین کا کاشفہ (phenylhydrazine test) - ایک امتحانی نلی تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ تک فینائل ہائیڈرہیزین صائیڈ روکلورائیڈ (phenylhydrazine hydrochloride) سے، اور دوسرے $\frac{1}{4}$ انچ تک سوڈیم اسیٹٹ (sodium acetate) سے بھری جاتی ہے۔ پھر اس امتحانی نلی کو پیٹاب سے آدھا بھر لیا جاتا ہے، اور پھر سب کو ایک پن جنٹر میں پندرہ سے لے کر ساٹھ منٹ تک (جس کا انحصار موجودہ شکر کی مقدار پر ہوتا ہے) گرم کیا جاتا ہے۔ اسے ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ زر و ثفل کا امتحان کیا جاتا ہے جس سے خرویدین کے نیچے باریک قلمی سوئیوں کے گٹھے نما جھنڈ (فینائل گلو کو ساروز) ظاہر ہوں گے، جو ۲۰.۵ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتے ہیں۔

465

تخمیری امتحان (fermentation test) - اگر لہن کی (جسے وھو کر نشاستہ یا شکر سے متبراکر لیا جائے، تھوڑی مقدار پیشاب میں شامل کر کے اسے چند گھنٹوں کے لئے ایک طرف رکھ دیا جائے، تو تخمیر کی وجہ سے گلو کو ز، الکحل اور کاربونک ایسڈ میں تبدیل ہو جائے گا۔ اب اس کی کثافت نوعی کو دیکھنا چاہئے اور نشی نمونہ کے پیشاب کی کثافت نوعی کے ساتھ اس کا مقابلہ کرنا چاہئے جس کو لہن کے بغیر نائل حالات کے تحت رکھ دیا گیا ہو۔ یہ دیکھا جائے گا کہ کثافت میں کمی واقع ہوئی ہے جو کہ تلف شدہ گلو کو ز سے متناظر ہے۔ چنانچہ کثافت نوعی کے فرق کو ۰.۲۳ سے ضرب دینے سے شکر کی فی صدی مقدار حاصل ہو جاتی ہے۔ اگر امتحانی نلی کو پورا بھر کر ایک طشتری میں الٹ دیا جائے تو کاربونک ایسڈ گیس جیسے جیسے کہ وہ بنتی ہے، نلی کے بالائی حصہ میں جمع ہوتی جائے گی اور پیشاب وہاں سے ہٹا دے گی۔

تقطیب نما۔ ڈیکسٹروس تقطیب کے متوی کو دائیں طرف پھیر دیتی ہے۔
اس میں بیٹا آکسی یوٹائریک آئیڈ کی موجودگی خلل انداز ہوتی ہے، جو چپ گرداں
ہوتا ہے۔



شکل ۵۸۔ ذیابیطس میں دوسری برداشت کے تین منحنی
(بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)

معالجات۔ خواہ شکر موجود نہ بھی ہو، مرکز پیشاب کے اندر گلائیکو رائک
آئیڈ، یورک آئیڈ، پیورک آئیڈ، کریسٹینین اور ہوموجینٹک آئیڈ کی موجودگی

plums: اور سیب) اُن کے کھانے کے بعد پیشاب میں پلنٹوس (pentose) خارج ہو سکتی ہے۔ خود رو پیٹنٹوس بولیت (pentosuria) تحول کی ایک شاخ خرابی ہے جو پروٹینی درآمد کی تحدید سے کم ہو جاتی ہے۔ پیٹنٹوس تانبے کی ترجیع کر دیتی ہے، لیکن اُس میں تخمیر نہیں ہوتی اور اُس سے بیال کا آرسینی کا ششہ (Bial's orcin test) حاصل ہوتا ہے۔

مرضی تشریح - اصابتوں کے کچھ تناسب میں لبدلبہ خالی آنکھ سے صرکھا مرضی نظر آتا ہے۔ اکثر اُس میں ذبول یا تلیف ہو جاتا ہے یا یہ دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں۔ اور ان حالات میں جو دوسرے تغیرات ملتے ہیں وہ حسب ذیل ہوتے ہیں: - غدے کے بڑے حصوں کا متغیر ہو کر سحی بن جانا، قلعہ، زنف، طنان، قناتوں میں سنگ اور دویرے۔ نسجیاتی تغیرات پر اس سے پہلے غور کیا گیا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں بالخصوص اُن میں جو تھوڑی مدت کی ہوں، دوسرے اعضا کے بعد المات مظاہر طبعی حالت سے بہت کم مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ پرانی اصابتوں میں وہ امراضیاتی تغیرات پائے جاتے ہیں جو یحییہ کیوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اکثر گردوں کی کلانی پانی جاتی ہے اور زیادہ مدت کی اصابتوں میں انبوی غلیات گلاکو جن کی درریش اور ترویجی تنخر ظاہر کرتے ہیں جو کیتونیت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگت میں کوئی غیر معمولی بات نظر نہیں آتی، الا خون لونیت یا ذیابیطس اسمر (diabète bronzé) کی شاخ اصابتوں میں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 394)۔ خون بعض اوقات ایک عجیب گلابی یا اسٹیری جیسا رنگ ظاہر کرتا ہے، اور ایک طرف رکھنے پر اُس کی سطح پر ایک ملائی جیسی تہ جمع ہو جاتی ہے۔ اس حالت کو تشحیر الدم (hæmia) کہتے ہیں۔ لیکن اس ملائی جیسی تہ کو بنانے والے ذرات یقیناً اصلی چربی کے ذرات سے مختلف اور لیسی مقین (lecithin) اور گلوبولین (globulin) سے بنے ہوئے ہوتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 981)۔ خون کی حالت دوران زندگی میں شکلیتی عروق میں شناخت کر لی گئی ہے، چنانچہ شرائین اور آوردہ دونوں قعر چشم کے مرکز میں سامن مچھلی کے رنگ کے اور محیط میں ملائی کے رنگ کے ہوتے ہیں

(شبکیاتی تشخم الدم = lipaemia retinalis) - وہ قسم ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔

کیتونیت (ketosis) - جب کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو یا آخر الذکر کام میں نہ لائے جاسکیں، تو غالباً غذائی شحم اور جسمانی شحم کاربوہائیڈریٹ میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور اس کے ساتھ ہی اس شحم سے ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ، $\text{CH}_3\text{COOH} = \text{CH}_3\text{COH}$ (جس کو غلط طور پر ڈائی ایسیٹک ایسڈ کہتے ہیں) بنتا ہے (8)۔ یہ ایک زہری شے ہے، اور غالباً بڑی حد تک جگر کے اندر توجیع کے ذریعہ بے ضرر بنی۔ آکسی ہوٹا ٹریک ایسڈ $\text{CH}_3\text{CHOHCH}_2\text{COOH}$ میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور گروے طبعی طور پر ان دونوں اشیاء کو تلف کر دیتے ہیں، مگر اس عمل میں متضرر ہو جاتے ہیں (41)۔ تھوڑا ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کے ایک سالہ کے نقصان سے ایسیٹون (acetone) CH_3COCH_3 میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ یہ تینوں اشیاء خون اور پیشاب میں ظاہر ہوتے ہیں، اور مزید برآں ایسیٹون سانس میں بھی خارج ہوتا ہے۔ اس حالت کو کیتونیت کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 451)۔ یہ دورانِ فاقہ میں ظاہر ہوتی ہے، نیز اس وقت جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو، بالخصوص اگر چربی حد سے زائد ہو۔ اور شدید قے، جیسے کہ دوڑی قے (cyclical vomiting) اور دورانِ حمل کی مختلف قے کی حالت میں۔ جموی اورضعفی حالتوں (cachectic conditions) میں۔ اور مابعد عدم حیثیت (post-anæsthetic) یا "کلوروفارم کے آجل تشخم" ("delayed chloroform poisoning")، تشخم فاسفورس، حادہ اصفر بول (acute yellow atrophy) اور انشناج (eclampsia) میں جو سب کے سب جگر کا مرکزی تغیراتی تغیرات کے ساتھ ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست اشخاص میں سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں لینے کے بعد۔ اور ذیابیطس شکر میں جب ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ خون کے اندر ایک بلند ارتکاز پر پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ قوام پیدا کر کے ہلاکت پیدا کر دے۔ یہی شدید ذیابیطس میں اور عرصہ تک قے ہونے کے بعد بھی واقع ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 841)۔ شدید

ذیابیطس کی ایک اطالت پذیر اصابت میں مریض کے بخول کے ساتھ جھمکانی شہم پڑی حد تک غائب ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کیتونیت بھی تقریباً غائب ہو جائے، لیکن مریض فاقہ یا خوار سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

کیتونیت کیلئے سرسبز بری کاشفات - قارورے کے بیٹا آکسی ہوتا رک ایسڈ (β -oxybutyric acid) کے لئے کوئی لونی کاشف نہیں ہوتا۔ گرہارٹ کا کاشف (Gerhardt's test) جو ایسیو ایسٹک ایسڈ کے لئے متعلق ہے، یہ ہے کہ پیشاب میں فیبرک کلورائیڈ (ferric chloride) شامل کر دینے سے ایک پورٹ وائن (port-wine) جیسا رنگ حاصل ہو جاتا ہے۔ گرم کرنے سے یہ غائب ہو جاتا ہے۔ یہ کوئی زیادہ نازک کاشف نہیں ہے۔ اسے اس معاملے میں تعامل سے متمیز کرنا چاہئے جو سیلی سیلیٹس (salicylates) لینے کے بعد بھی حاصل ہو جاتا ہے، لیکن آخر الذکر صورت میں گرم کرنے سے رنگ غائب نہیں ہوتا۔ سوڈیم نائٹرو پروسائیڈ (sodium nitroprusside) کے ساتھ ایسیو ایسٹک ایسڈ اور ایسیٹون دونوں سے دو کاشفات حاصل ہوتے ہیں، لیکن وہ اول الذکر کے لئے اس سے تقریباً بیس گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں کہ جتنے آخر الذکر کے لئے۔ لیگال کے کاشف (Legal's test) میں پیشاب کے اندر سوڈیم نائٹرو پروسائیڈ کی ایک چھوٹی قلم یا اُس کے تازہ تیار کئے ہوئے محلول کے چند قطرے ٹپکا دئے جاتے ہیں، اور پھر قدرے کاسٹک سوڈا (caustic soda) ایک شاہ دانہ جیسا سرخ رنگ پیدا ہو جاتا ہے جو جلد ہی ماند پڑ جاتا ہے۔ اب ایسٹک ایسڈ کی وافر مقدار ملا دینے سے ایک قرمزی سرخ (carmine-red) یا نسبتہ گہرا ارغوانی رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ روتھیرا کے کاشف (Rothera's test) میں پیشاب میں جامد امونیم سلفیٹ کے ساتھ سوڈیم نائٹرو پروسائیڈ کی ایک قلم اور امونیا کی وافر مقدار شامل کر دی جاتی ہے، جس سے بتدریج ایک ارغوانی رنگ نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسیٹو ایسٹک ایسڈ کے لئے سب سے زیادہ حساس کاشف یہی ہے۔

یہ کاشفات کیتونیت کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے تو نہایت عمدہ ہیں، لیکن اُس کی مقدار ظاہر کرنے کے لئے (جس سے یہ دریافت ہو سکے کہ آیا ذیابیطس

مریض کو قوما ہونے کو ہے یا نہیں) چنداں کارآمد نہیں۔ اس کا ایک سبب یہ ہے کہ جب قوما ہونے کے قریب ہوتا ہے تو فشر خون کے سقوط کے ساتھ گردوں کی خارجی قوت زائل ہونا شروع ہوتی ہے جس سے پیشاب کے اندر ان اشیاء کی مقدار بھی کم ہو جاتی ہے اور اس کے بالعکس یہ خون کے اندر جمع ہو جاتے ہیں۔ ان کا یہی اجتماع ہے جس سے خطرے کی مقدار کا اندازہ ہوتا ہے۔ اس کے تین طریقے حاصل ہیں جن سے فائدہ اٹھایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 452)۔ مجموعی نامٹروجن سے ایمنونیا نامٹروجن کی نسبت کی دریافت اور ہ گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ براؤڈین دینے کا کاشفہ اس سے پہلے کافی طور پر بیان ہو چکا ہے۔ جو فیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ والے طریقہ (alveolar CO₂ method) کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ طبعی کاربن ڈائی آکسائیڈ کی قدریں ۵ و ۴ اور ۲ و ۱ فی صدی کے درمیان ہوتی ہیں اور یہ مرووں کے نسبت عورتوں میں کی قدرست تر ہوتی ہیں۔ ذیابیطس میں ۲ فی صدی قدر کے یہ معنے ہیں کہ اگر اصلاح واقع نہ ہوئی تو ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹے کے اندر قوما طاری ہو جائے۔ مریض کی جو فیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ ۳ اور ۴ فی صدی کے درمیان ہو تو ممکن ہے کہ وہ بہت دنوں بلکہ چند ہفتوں تک زندہ رہے۔ خراب سے خراب تر حالت میں اُسے تین یا چار دن سے پہلے قوما نہیں طاری ہوگا۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کی وہ ستخفیف جو زیادتی تنفس کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، ایک ایسی میکانیت ہے جو خون میں کے ثابت ترشے (fixed acid) کی زیادتی کی تعویض کرتی ہے اور یہ خون کے ہائیڈروجنی رواں کے ارتسکاز کا حد سے زیادہ ارتفاع ہونے کو روکتی ہے۔

علامات۔ ذیابیطس کے حملہ کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ مریض محض بتدریج محسوس کرتا ہے کہ وہ معمول کے نسبت زیادہ سیال پیتا ہے اور زیادہ پیشاب کرتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ اُسے پیشاب میں کوئی تبدیلی ہونے کے بجائے کمزوری اور لاعری کی شکایت ہو۔ بعض اصابتوں میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور مریض کو وہ ٹھیک تاریخ یاد ہو سکتی ہے جب کہ اُسے پہلے پہل تنگی محسوس ہوئی تھی۔

زیادہ شدید قسم کی اصابت میں جس کا آغاز حادثہ طور پر ہو یا ایک نسبتاً خفیف اصابت بڑھ کر زیادہ شدید ہو گئی ہو، ممیز علامات علاج نہ ہونے کی صورت میں جلد ہی ایسے ممتاز ہو جاتے ہیں کہ ان کے متعلق مغالطہ کا احتمال نہیں رہتا۔ وہ علامات یہ ہوتے ہیں :- بتول بار بار اور زیادہ مقدار میں ہونا، شدید تشنگی، عموماً بھوک کا بہت زیادہ لگنا، جسمانی کمزوری، اور ڈبلا پن۔ بعض اوقات بھوک بے انتہا زیادہ ہوتی ہے، لیکن دوسری اصابتوں میں وہ بہت کم متاثر ہوتی ہے، اور اکثر آخر میں زائل ہو جاتی ہے۔ دہن اور لب خشک ہو جاتے ہیں، زبان سُرخ، کچی اور ”گائے کے گوشت جیسی“ ہو جاتی ہے، اور منہ کا مزاج عموماً میٹھا ہوتا ہے۔ بالعموم ہضم اچھا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض غذا کی بڑی مقداروں کو ہضم کرنے میں کئی وقت محسوس نہ کرے۔ آنٹوں میں عموماً قبض ہوتا ہے۔ جلد کھردری اور خشک ہوتی ہے۔ اسی کے ساتھ ساتھ تغذیہ بہت شدت کے ساتھ متاثر ہوتا ہے، اور مریض بہ سرعت لاغر ہو کر بے انتہا کمزور ہو جاتا ہے۔ وہ دماغی محنت پر راعب نہیں ہوتا اور اُس کی طبیعت پست اور مزاج چڑچڑا ہو جاتا ہے۔ جو فیزیکی سیدان کی وجہ سے دانت ڈھیلے پڑ کر رہنے لگتے ہیں۔ مردوں کی قوت رجولیت اکثر زائل ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ عورتوں میں حیض کا آنا موقوف ہو جائے۔

468

پیشاب کی مقدار زیادہ ہو کر روزانہ ۵ یا ۱۰ لیٹر ہو جاتی ہو، اور خارج شدہ شکر ۵۰ گرام سے اوپر اور اس ارٹیکلز میں ۲۰ فی صدی تک ہوتا ہے۔ اس قدر شکر کی موجودگی کی وجہ سے پیشاب کی کثافت نوعی بڑھ کر ۴۰ یا ۵۰ تک پہنچ جاتی ہے۔ پیشاب عموماً پھیکے زرد رنگ کا یا تقریباً پانی جیسا ہوتا ہے۔ اُس کی بوسو کمی گھاس جیسی مٹھی مٹھی اور مزہ بھی میٹھا ہوتا ہے۔ تعامل ترشی ہوتا ہے۔ اُس میں ایسیٹون، ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ موجود ہوتے ہیں۔

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں کو بعض اوقات ”غذائی شکر بولیت“ کے نام سے یاد کرتے ہیں، لیکن دوسری شکر کی برداشت کے منحنیات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ حقیقی ذیابیطس کی ایک قسم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ شکر بولیت صرف ایک ایسی کثیر المقدار غذا کھانے کے بعد ہی پانی جائے جس میں نشاستہ بہت موجود ہو۔

پیس نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ شکر کی روزانہ خارج شدہ مقدار ۵ گرام سے نیچے ہو۔ ممکن ہے کہ علامات موجود نہ ہوں، مگر مریض اکثر محسوس کرتے ہیں کہ پیشاب کا حجم بڑھ گیا ہے۔ ممکن ہے کہ اُن کو مختلف پیچیدگیوں کی شکایت ہو۔ اس قسم کا ذیابیطس بالخصوص معمر اشخاص میں ہوا کرتا ہے۔

پیچیدگیاں - ذیابیطس کے دوران میں متعدد پیچیدگیاں واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بول شکر کی خراش عورتوں میں ایک تکلیف دہ حکۃ الفرج (pruritis vulvæ) اور مردوں میں التهاب حشفہ (balanitis) پیدا کر دے۔ جلد کی عام خراش بھی ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں سراج پھوڑے (carbuncles) اور دُمَل (boils) پیدا ہو جائیں، اور اول الذکر موت کا باعث ہو جائیں۔ ذیابیطس میں نرسہ سلحہ (xanthoma) کی بھی ایک شکل دیکھی گئی ہے۔ بعض اوقات پاؤں کی انگلیوں کی یا ایک پورے جارح کی گنگرین بھی ہوتی ہے، لیکن یہ اتھیرومائی شرائین کیساتھ وابستہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ البلیوین بولیت موجود ہو، جو ساتھ واقع ہونیوالے کلوی تغیرات کی حالت ہے۔ ذیابیطس میں انیلی جھٹکے اور رُکبی جھٹکے عموماً غیر موجود ہوتے ہیں۔ یہ یا تو التهاب اعصاب محیط کی وجہ سے ہوتے ہیں (peripheral neuritis) یا اُم منونہ اور رمادی ماوے کے درمیان پچھلی عصبی جڑوں کے ریشوں کے انحطاط کے باعث، جس سے نخاع کے پچھلے استوانوں میں تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (11)۔ وجع العصب (neuralgia) شدید ہو سکتا ہے، بالخصوص ور کی قذالی اور توامی ثلاثی ۱۔ منٹھن بھی ہو سکتی ہے۔ نہایت لاغر اشخاص میں پاؤں اور ٹانگوں کا اُذیم (ضعفی تھج) دیکھنے میں آ سکتا ہے، اور وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی حد سے زیادہ متعادیں دینے سے بھی بہ آسانی پیدا ہو سکتا ہے۔ سِل سربوی ذات السریہ اور دوسرے ساری امراض ذیابیطس کے مریضوں میں اس سے زیادہ عام طور پر نہیں ہوتے کہ جتنے عام آبادی میں ہوتے ہیں۔ لیکن انداز نسبتہ خراب ہوتا ہے، گوزانہ حاضره کے طرق علاج نے اسے بہتر بنا دیا ہے۔ ذیابیطس میں بصارت کی طریقوں سے متاثر ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ

نظر کی قوت ماسک میں سرزبع تبدیلیاں اور کلیل النظری (amblyopia)، عضلہ پُبیہ کے ضعف اور وسائط کے انعطاف نما میں تغیرات کے باعث ہو جو غالباً شکر کی موجودگی کے باعث واقع ہو جاتے ہیں۔ ذیابیطس نزول الماء (cataract) عموماً پیشوخی قسم کا ہوتا ہے۔ لیکن نوعمر اشخاص میں ایک مؤخر قطبی نزول الماء (posterior polar cataract) ذیابیطس کی وجہ سے مل سکتا ہے، اگرچہ یہ بہت شاذ ہے۔ معمر مریضوں میں التهاب شبکیہ (retinitis) عام ہے، جو صلابت الشریانی التهاب شبکیہ سے مماثل ہوتا ہے۔ امکاناً یہ ذیابیطس اور شیکینی التهاب دونوں شریانی مرض کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہوں اور دونوں میں کوئی راست تعلق نہیں ہوتا۔ دوسرے تغیرات یہ ہیں :- التهاب قرصیہ (iritis)، خلف المقلة عصبی التهاب (retrobulbar neuritis) جو عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) پیدا کر دیتا ہے، شبکیہ اور زجاجیہ میں نزفات، اور شبکی تشحیم الدم (lipaemia retinalis) جس کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شدید علاج ناکردہ اصابتوں میں۔

ذیابیطس قوما (diabetic coma)۔ یہ نام اس گروہ علامات کو دیا گیا ہے جو خون کے اندر اسیٹو آکسیٹک ایسڈ کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں، جو نظام دوران خون اور مرکزی عصبی نظام دونوں پر ایک زہر کے طور پر اثر کر کے ہلاکت خیز نتیجہ پیدا کر دیتا ہے۔ اس علامات کی مخلوط کی تشبیب میں خون کے اندر کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کی قلت بھی ممکن ہے کہ حصہ لیتی ہو۔ قوما کے اسباب متعدّد یہ ہیں :- (الف) ایسی غذا جس میں پروٹین اور شحم بکثرت ہو۔ (ب) اشتعال یا جذباتی صدمہ۔ (ج) عام عدم حیثیت۔ غالباً گیس آکسیجن کے ساتھ سب سے کم مضرت رساں ہے، لیکن یہ بہت اہم ہے کہ مریض نیلا ہونے پائے۔ (د) حاد سہرائیں۔ (ه) گردوں کا ناقص فعل، جس سے اسیٹو آکسیٹک ایسڈ کا نامکمل اخراج ہوتا ہے۔ (و) قبض۔ (ز) ایک نوعمر مریض میں جھکے بدن کی چربی انسولین کی مدد سے بڑھ گئی ہو، انسولین کا استعمال جاری نہ رکھنا۔ قوما کا آغاز اکثر بتدریج ہوتا ہے، لیکن علامات ذیل اس کی خبر دیتے ہیں :- فقدان اشتہا، پیشاب اور شکر کی روزانہ خارج ہونے والی مقدار میں ایک

سرریع تخفیف، پیشاب میں البیومین اور سبائک کی موجودگی، اور ہٹیل قبض۔ بعض اوقات شدید درد شکم ہوتا ہے۔ اس وقت مریض کی مقدار بخلہ ہی حالت بہبوط اور قوام میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ نبض سرریع و ضعیف ہوتی ہے، دروں چشمی تناؤ کم ہو جاتا ہے، سطح جسم سرد چہرہ پیکا ہوا اور جوارح کبود ہوتے ہیں۔ مریض نیم باز آنکھوں کے ساتھ بڑا رہتا ہے، اور اپنے گرد و پیش پرالفتات نہیں کرتا۔ اور گوسوال کرنے پر اسے بیدار کر کے اٹھایا جاسکتا ہے، مگر وہ ایسی بدحواسی سے جواب دیتا ہے (بشرطیکہ وہ جواب دے) گویا وہ اسے اور حورای سمجھا ہے۔ تنفس ان اصابتوں میں مخصوص طرز کا ہوتا ہے۔ یعنی وہ آہستہ آہستہ، گہرا، اور آہ کی نوعیت کا ہوتا ہے۔ سینہ کے حرکات نہایت وسیع ہوتے ہیں۔ تنفس خاتمہ کے قریب کی مقدار زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ اسی کے ساتھ سینہ کے استحا سے کوئی غیر معمولی چیز نہیں ظاہر ہوتی۔ اس شکل کے تنفس کو جوع الہوا کہتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں مریض کے بتر کے قریب ایک میٹھی سی خوشبودار یا آثیری بو محسوس ہو سکتی ہے، جسے بعضوں نے سیب کی بو سے تشبیہ دی ہے۔ یہ بو ایسیٹون سے منسوب کی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت ایک دن سے تین دن تک جاری رہے، اور پھر نبض زیادہ زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے، گو ممکن ہے کہ قلب قوت کے ساتھ حرکت کرتا رہے، مریض زیادہ بے حس اور بالآخر بالکل قومازہ ہو جاتا ہے اور موت اس منظر کو ختم کر دیتی ہے۔ کبھی کبھی مریض کی مقدار ہڈیان کے ساتھ بڑھتا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں علامات نسبت بہت زیادہ سرریع ہوتے ہیں۔ مریض دفعہ بہبوط ہو جاتا ہے، اس کی نبض سرریع و ضعیف اور اطراف کبود ہو جاتے ہیں۔ جوع الہوا نمودار ہو جاتی ہے اور وہ چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں مر جاتا ہے۔

کلوی شکر بولیت (renal glycosuria) - غیر خبیث شکر بولیت
(benign glycosuria) (سلیم ذیابیطس: diabetes innocens) ان اصطلاحات

کا اطلاق ایک ایسی حالت پر کیا جاتا ہے، جن میں مریض سا لہا سال تک شکر مسلسل خارج کرتے رہتے ہیں، لیکن وہ نہایت کامل صحت کی حالت میں رہتے ہیں اور

انھیں ذیابیطس کے کوئی علامات نہیں ہوتے۔ شکر کی برآمد قلیل المقدار ہوتی ہے اور اکثر ۳ گرام یومیہ سے زائد نہیں ہوتی۔ کاربوہائیڈریٹ کی ایک متبادل جائے تو وہ اس برآمد میں چنداں فرق نہیں پیدا کرتی۔ بعض اصابتوں میں علاج سے اس شکر کو موقوف کرنا مشکل ہوتا ہے، مگر دوسری اصابتوں میں فاقہ کرانے سے شکر بہ سرعت غائب ہو جاتی ہے۔ دموی برداشت شکر کا منحنی طبعی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ دموی شکر خالی معدہ کی حالت میں طبعی ہوتی ہے مگر پھر بھی شکر خارج ہوتی ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ دہلیز کلوی پست ہے۔ اس حالت کی تیسب نامعلوم ہے، لیکن کبھی کبھی یہ پیداشی ہوتی ہے۔ اس کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ جب تجربہ کسی جانور کو فلورڈزین (phloridzin) سے مسموم کر دیا جاتا ہے تو شکر بولیت پست دہلیز کلوی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ جب شکر کی موجودگی کی دریافت تجربی امتحانات میں سے کسی ایک سے کی جاتی ہے، اور تشنگی، کثرت بول یا عضلی کمزوری کی موجودہ یا مابین سرگزشت بھی موجود ہوتی ہے، تو ذیابیطس شکر کی تشخیص یقینی ہو جاتی ہے۔ اگر پیشاب کا امتحان نہیں کیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ اس مرض کی موجودگی نظر انداز کر دی جائے اور مریض کا علاج ایک مبہم کمزوری اور ”ناطقتی“ کے لئے کیا جائے، یا ممکن ہے کہ یہ امر فراموش کر دیا جائے کہ پیچیدگیوں میں سے کسی ایک مثلاً راج پھوڑوں، حکلتہ، یا قوما کا بنیادی سبب ذیابیطس ہی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے اشخاص میں جن کا ذیابیطس ہونا نامعلوم ہے، قوما کا وقوع ذیابیطس ہی کی وجہ سے ہو سکتا ہے، اور یہ کہ ذیابیطس کے مریضوں میں درد شکم ہی (جو اعتقاد کافی شدید ہو سکتا ہے کہ اس سے شکم تنگی کی ضرورت محسوس ہو) قوما کے آغاز کی پہلی علامت ہو سکتی ہے۔ خاص وقت اس وقت پیش آتی ہے جب کہ کبھی مریض کا پیشاب متعدد مواقع پر خفیف سی ترجیع ظاہر کرتا ہے اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے۔ سریری کا شفا سے متعلق منالطاط یہ پہلے غور کیا گیا ہے، لیکن اگر تخمیری اور فینائل ہائیڈریزینی کا شفا سے ڈیکسٹروس کی موجودگی ثابت ہو چکی ہو تو بھی یہ معلوم کرنا ضروری ہوتا ہے کہ آیا مریض حقیقی ذیابیطس شکر میں مبتلا ہے۔

اگر دموئی شکر ۱۶ ذہ سے اوپر ہے تو تشخیص نہایت امید افزا ہوگی، مگر اگر وہ اس کم ہے تو بہترین طریقہ یہ ہوگا کہ برداشتِ شکر کا امتحان عمل میں لایا جائے یعنی دیگر دوسری کی ایک خوراک کے بعد خون کے تجزیات انجام دے جائیں جس سے انداز میں بھی مدد ملے گی۔

انذار - ذیابیطس شکر ایک نہایت خطرناک مرض ہے، جو معمر اشخاص کے نسبت نوعمر میں زیادہ سریع اور ناموافق ممر کا رجحان رکھتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی انسولین اور با احتیاط غذائی علاج کے رواج کے ساتھ انداز بہتر بھی ہو گیا ہے۔ بعض اصابتوں میں علاج کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ شکر کی برداشت بڑھ جاتی ہے۔ لیکن شفا یابی ان معنوں میں نہایت ہی شاذ ہے کہ وہ مریض بلا انسولین کے بے برہیزی غذا پر بسر کر سکتا ہو اور پھر بھی اس کی دموئی شکر طبعی درجہ پر رہتی ہو۔ بلا علاج کے انذار نوعمر مریضوں میں بلا استثناء ناموافق ہوتا ہے کیونکہ مرض ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض باوجود علاج کے ترقی کرتا رہے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض سرایت زدہ ہو گیا ہو۔ دورانِ مرض میں علاج کا آغاز جس قدر دیر سے کیا جائے گا انذار اُسی قدر زیادہ ناموافق ہوگا۔ معمر اشخاص میں جنہیں نام نہاد ”غذائی شکر بولیت“ ہو، علاج نہ ہونے کی صورت میں ہملک نتیجہ نہ ہونا چاہئے۔ لیکن سچید گیوں (مثلاً راج پھوڑے، نزول الماء اور التهاب شبکیہ) کا امکان ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ ایسا سطر ضروری ہے کہ ہمیشہ مناسب علاج کا آغاز کیا جائے تاکہ پیچیدگی پیدا نہ ہونے پائیں۔

تحریر - چوں کہ علاج کا جلد کیا جانا نہایت اہم ہے، لہذا وقتاً فوقتاً امتحانِ بول کی سفارش کی گئی ہے۔ امتحانِ بول تندرست اراکینِ خاندان کی حالت میں اس وقت یقیناً عمل میں لانا چاہئے جب کہ ذیابیطس کسی خاندان میں موروثی طور پر چلا آ رہا ہو۔ ذیابیطس سے بچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صحت مندانہ زندگی بسر کی جائے ساتھ ہی باقاعدہ ورزش جاری رکھی جائے اور فریبی اور مرکزی عفوئت سے بچنے کی کوشش کی جائے۔

علاج۔ ذیابیطس کا پہلا علاج جو عقلی اصول کے مطابق تھا، 'رولو (Rollo) نے کیا۔ اس نے حیوانی غذا کی خوراک تجویز کی جس میں نشاستہ اور شکر موجود نہ تھی یہ ۱۹۱۵ء تک یہی طریقہ نہایت عام طور پر اختیار کیا جاتا تھا اور یونین اور شحم کی بڑی بڑی مقداریں دی جاتی تھیں۔ ایسی غذا کے ساتھ ذیابیطس کے کسی مریض کے پیشاب کا شکر سے خالی ہونا متعلاً شاذ امر تھا۔ ان تجربات نے جو ایف۔ ایم۔ آلین (F.M. Allen) نے لبلبہ ربودہ کتوں پر کئے، اور ان سرری مشاہدات نے جو آن لوزڈین، گوئلیا (Guelpa) اور گراہام نے مختلف اوقات میں کئے علاج ذیابیطس میں تقلیل تغذیہ کی اہمیت کو واضح کر دیا۔ عموماً اختیار کئے گئے طریقہ یہ ہوتا کہ پہلے فاقہ کے ذریعہ سے پیشاب کو خالی از شکر کر لیا جاتا، اور پھر غذا بتدریج بڑھتی ہوئی مقداروں میں دی جاتی، کاربوہائیڈریٹ کی درآمد کو بہ شدت محدود کر دیا جاتا، اور مریض کو مستقلاً معمول سے کم غذا دی جاتی تاکہ وہ دُبار رہے۔ کم غذا ماننے والے شخص میں اساسی تحول پست ہوتا ہے، چنانچہ جزیری بافت پر کام کا بار نسبتاً کم پڑتا ہے۔ یہ امر اس وقت نہایت نفع بخش ہوتا ہے جب کہ یہ جزائر قلت زدہ ہوتے ہیں (جیسے کہ ذیابیطس میں) کیونکہ اگر ان پر کام کا بار حد سے زیادہ ڈالا جاتا ہے تو وہ بتدریج خراب و خستہ ہو جاتے ہیں۔ کثیر پروٹین والی غذا اساسی تحول کو بلند کر دیتی ہے۔ اسی کو پروٹین کا نوعی حوصلہ کہتے ہیں اینٹونین کے انکشاف سے ذیابیطس کے علاج میں ایک انقلاب پیدا ہو گیا ہے۔ لیکن اگرچہ اب فاقہ کی ضرورت نہیں رہی تاہم غذا کی کیفیت و تحدید اب بھی عموماً ضروری ہوتی ہے بالخصوص زیادہ شدید اصابتوں میں۔

علاج کے شروع میں امکانی مرکزی سرایت کا جو دانی راسی سرایت، عفونتی لوزتین، مرارہ یا زائدہ دودید کی وجہ سے ہو، استیصال کر دینا چاہئے۔ علاج کا مقصد یہ ہے کہ انسولین کا استعمال ایسی مقداروں میں اور ایسے اوقات میں کیا جائے کہ دموئی شکر چوبیس گھنٹوں کے دوران میں طبعی حدود کے اندر رہے۔

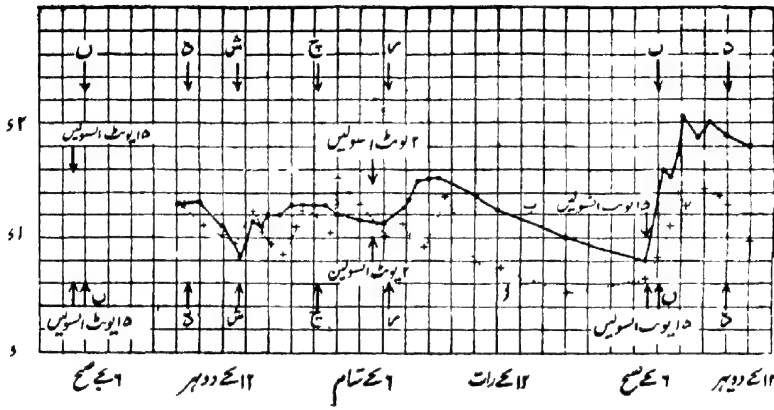
اصول علاج ڈاکٹر ڈبلیو۔ پین کے ایک مریض کی دموئی شکر کی تخمینوں پر

منتبظ کیا جاسکتا ہے، جو شکل ۵۹ میں بتلائی گئی ہیں۔ منحنی ب اوسط منحنی الف کے نسبت بلند تر ہے، کیونکہ کیتھدر پر وٹمین کے بجائے کاربوہائیڈریٹ دیا گیا تھا۔ وزن الف اور ب میں غذا وہی تھی۔ ناشتہ اور رات کے کھانے سے پہلے بارہ گھنٹے کے وقفوں سے، روزانہ دو بار انسولین دینے کا اثر بہ حیثیت مجموعی ایک دو گونہ منحنی پیدا کرنا تھا، اور ایک ارتفاع کھانے کے فوراً بعد ہو کر اُس کے بعد ایک سقوط ہوتا تھا۔ اس مریض میں انسولین کی ایک کیتھدر کمتر مقدار سب صبح کا ارتفاع شام کے ارتفاع کے نسبت بہت زیادہ بلند تھا۔ منحنی الف میں ارتفاع یقیناً ناشتہ سے پہلے شروع ہو گیا، اور اُس کی توجیہ اُس بڑھی ہوئی سٹولی فعالیت سے ہو سکتی ہے جو بیدار ہونے پر دفعۃً واقع ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں انسولین کی مساوی مقادروں کے ساتھ ممکن ہے کہ شام کا ارتفاع بلند تر ہو، اور جب انسولین کی تین متعادل چھ بجے صبح ۱۲ بجے دوپہر اور ۹ بجے شب کو یعنی رات کے کھانے کے بعد دیجاتی ہیں تو ایک سہ گونہ منحنی حاصل ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ رات کے وقت بھی مضبوط ہی بلند ہو جس قدر کہ دن کے وقت غالباً بایں وجہ کہ پروٹینی تحول کاربوہائیڈریٹ کے تحول کے نسبت زیادہ آہستہ واقع ہوتا ہے اور اس وجہ سے وہ رات تک ملتوی ہو جاتا ہے (12)۔

جب علاج ابتداء شروع کیا جاتا ہے تو ہم یا ۵ اکائیوں کے اثرا بات ناشتہ اور رات کے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے دئے جاتے ہیں۔ یہ متعادل ہر دوسرے یا تیسرے روز بقدر ۵ یا ۱۰ اکائیوں کے بڑھا دی جاتی ہے۔ اس سے پیشاب میں شکر کم ہو کر بالآخر غائب ہو جاتی ہے۔ اس درجہ میں اگر مشائخ خالی کرنے کے بعد موی شکر کی سطحیں کی جائے اور آئندہ ۵۵ منٹ کے دوران میں خارج ہونے والے پیشاب کا امتحان کیا جائے تو وہ ہلکے کلوی کی تعیین کی جاسکتی ہے۔ اگر وہ ہلکے کلوی طبعی یا معمولی (۵۱۶ - ۵۱۸) ہے تو چوبیس گھنٹوں کے دوران میں متواتر وقفوں پر خارج ہونے والے پیشاب میں شکر کی عدم موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ دمی شکر کبھی حد سے زیادہ بلند نہ تھی۔ لیکن اگر وہ ہلکے کلوی پست ہے، جیسا کہ دیابیطس کے مریضوں کی کچھ تعداد میں ہوتا ہے تو مستقل و متوالی خالی از شکر امتحانات کی توقع

نہ کرنی چاہئے۔ پھر اگر دہلیز کلوی بلند ہے تو فارورس کے امتحانات کی کچھ اہمیت نہیں ہے۔ لیکن راقم الحروف کا تجربہ ہے کہ جب انسولین کے ذریعہ علاج اختیار کیا جاتا ہے تو بلند دہلیزات کلوی بہ سرعت طبعی ہو جاتے ہیں۔ پیچیدہ اصابتوں میں شکر کے بالآخر غائب ہو جانے کے بعد انسولین کی زیادتی کو مزید جاری رکھنا چاہئے، یہاں تک کہ مریض اُس کی مقدار کے دو تاجھ گھنٹے بعد تک نہایت خفیف سا قلیل شکر و موتی رد عمل (hypoglycaemia reaction) محسوس کرنے لگے، یعنی جوارح کا لرزہ پسینہ، بھوک، خلو، یا متلی، دوران سر یا چکر، ذہنی اختلالات، درد سر، اختلاجات، خستگی، غشی، سن پن، سردی یا گرمی کے احساسات، اور کبھی کبھی اسہال۔ یہ علامات اُن کے وقوع کے تواتر کے لحاظ سے مرتب کئے گئے ہیں (12)۔ اس ذریعہ سے مریض ایک ابتدائی درجہ میں، اور طبی نگرانی میں ہونے کی حالت میں ہی محسوس کر لیتا ہے کہ انسولین کی مقررہ مقدار سے زائد ملنے کے اثرات کیا اور کیسے ہوتے ہیں۔ اس تجربہ کی بنا پر اُس کا آئندہ علاج نسبتاً زیادہ وقوق و اعتماد کے ساتھ کیا جائیگا۔ اعظم مقدار جس کا مریض متحمل ہو سکے گا اُس مقدار سے ذرا ہی کم ہوگی جو یہ علامات پیدا کر دیتی ہے، اور یہی مقدار تجویز کرنی چاہئے، کیونکہ یہ دموی شکر کو طبعی درجہ پر اور پیٹاب کو مستقلاً خالی از شکر رکھے گی۔ ایسے ذرائع کی وساطت سے دموی شکر کے امتحانات کی ضرورت بڑی حد تک لاحق نہ ہوگی۔ اگرچہ طبعی اشخاص میں دموی شکر تقریباً ۰.۰۵ تا ۰.۱ تک گھٹ جانے سے عموماً علامات پیدا ہو جاتے ہیں، آخر الذکر بعض ایسے مریضوں کو جو عرصہ دراز تک بیش شکر دموی رہ چکے ہوں دموی شکر کے نسبتاً بلند تر، مثلاً ۰.۴ فی صدی، ۰.۱۲ فی صدی، بلکہ ۰.۱۸ فی صدی سے بھی اوپر کے لیولوں پر محسوس ہو سکتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ان کا جسم عرصہ دراز سے بیش شکر دمویت کے متوافق ہو چکا ہے (89)۔ سخت لاغر مریضوں کی حالت میں بہت احتیاط لازم ہے۔ اُن کو ابتدائے علاج ہی میں کاربوہائیڈریٹ دینا چاہئے تاکہ قلیل شکر دمویت کے شدید علامات نہ پیدا ہونے پائیں، اور سب ریوی کی حالت میں انسولین کی مقدار بتدریج بڑھانی چاہئے تاکہ دموی شکر بتدریج کم ہو، ورنہ ممکن ہے کہ سرایت شدید طور پر بھڑک اُٹھے۔

مکن ہے کہ ذیابیطس کی شدید اصابتوں میں انسولین کی ایک مقدار دو یا تین گھنٹوں میں قلیل شکرد مومیت کے علامات پیدا کر دئے اور پھر قبل اس کے کہ دوسرا مقدار ۱۲ گھنٹہ کے عرصہ میں دی جائے دسوی شکر بہ سرعت بلند ہو کر شکر بولیت پیدا ہو جائے۔ یہ داعیہ ہی اس امر کا کہ انسولین کا استعمال روزانہ تین بار کرنا چاہئے، یعنی، بجے صبح، ایک بجے دوپہر اور ۷ بجے شام کو، یعنی تین خاص کھانوں سے پہلے۔



شکل ۵۹۔ دسوی شکر ایک یا لیس سالہ آدمی کی جس کا وزن ۱۳۸ پونڈ تھا۔
 معنی الف اس وقت لیا گیا جب کہ اس کو تین دن تک ایک ایسی غذا دی جا رہی جس میں ۸ گرام پروٹین، سبیاں اور تھم مقیص۔ منحنی ب تین دن بالکل ایسی ہی غذا کے بعد لایا گیا کہ ۳ گرام پروٹین کی بجائے اسی ہی مقدار کا ربوہڈریٹ کی دی گئی جو کہ ناشتہ اور رات کے کھانے پر ڈبل روٹی اور آلوؤں کی شکل میں تھا۔ حراری قدر ۱۰۰ سے ذرا اوپر تھی۔
 انسولین جو دی گئی۔ ن ناشتہ۔ ۵ دوپہر کا کھانا۔ ۱۵ شام کا کھانا۔
 چجے۔ رات کا کھانا۔ دسوی شکر ہیکٹڈارن (Hagedorn) او جنسن (Jensen) کے طریقے سے۔

بعض اوقات انسولین کے اشتراک کے بعد فوراً مریضوں کو ڈنک لگنے کی سی

کیفیت کی شکایت ہو جاتی ہے، جو انسولین کے محلول میں ترشہ موجود ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کو رفع کرنے کی ترکیب یہ ہے کہ اس کی تعدیل کیلئے پچکاری کے اندر انسولین کے نصف حجم کے برابر بیہ طبعی کاسٹک سوڈا ($\frac{1}{100}N$. caustic soda) کھینچ لیا جائے، جس میں ۲۵۔۶۰ فی صدی ٹرائی کریال (triacresol) موجود ہو اور انسولین کے ساتھ آمیز کر لیا جائے۔ اس کی ٹھیک مطلوبہ مقدار مختلف تجارتی چھاپ کی انسولین کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے، لیکن اتنی کافی استعمال کرنی چاہئے کہ جس سے پچکاری میں مَرْتَب انسولین کی وجہ سے خفیف سا تکد پیدا ہو جائے۔ انسولین بصورت قرص بھی دستیاب ہو سکتی ہے، جسے اشراب سے فی الفور پہلے آپ عقیقہ میں حل کر لیا جاتا ہے۔ شری دوڑے جو مقام اشراب پر بارہ گھنٹے بعد پیدا ہو کر دو یا تین دن میں رفع ہو جاتے ہیں یہ بالخصوص اُن سنجاستوں کے باعث ہو جاتے ہیں جو اس خاص چھاپ کی انسولین میں موجود ہیں، لہذا اب دوسرے چھاپ کی انسولین آزمانا چاہئے۔ بیشتر انگریزی انسولین گائے سے بنائی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کو بدل کر خنزیری انسولین دینا مناسب ہو۔ ممکن ہے یہ خود انسولین کی حساس گری کا نتیجہ ہوں اور چھوٹی چھوٹی اور بڑھتی ہوئی خوراکیں دے کر حساسیت رُبائی کی آزمائش کرنی چاہئے۔ انسولین کے علاج میں ایک مستقل غذا کا دینا ضروری ہے۔

بعض معیاری غذائی ضابطے

کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی نسبت											
حراسے											
۱:۱			۱:۲			۱:۴			۱:۶		
ل	ش	پ	ل	ش	پ	ل	ش	پ	ل	ش	پ
۲۰۰	۱	۱	۱۶	۱	۱	۶	۱	۱	۱	۱	۱
۱۲۰۰	۴	۴	۹	۶	۶	۴	۹	۶	۳	۳	۳
۱۸۰۰	۵	۵	۱۱	۸	۸	۶	۱۲	۹	۴	۴	۴
۲۲۰۰	۵	۱۰	۱۱	۱۲	۱۲	۱۰	۱۵	۱۲	۵	۵	۵

ش س = ۱۰ گرام شحم

ل س = ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ

مریض کی غذا انی احتیاج کا سب سے پہلے اندازہ کرنا چاہئے۔ اگر اس کا وزن طبعی حدود کے اندر تصور کیا جائے تو اساسی حراری احتیاج، صفحہ ۳۷ پر صفحہ 480 میں درج کی ہوئی قانون نگارش سے حاصل کی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اس امر کے لحاظ سے کہ وہ کس قدر ورزش کرتا ہے۔ ۵ فی صدی یا زیادہ تک مزید رعایت دی جاتی ہے۔ ایک قعودی کارکن کے لئے یہ ۱۰ یا ۲۰ فی صدی سے زیادہ نہ ہوئی چاہئے۔ آزمائش کے بعد اس امر کے لحاظ سے کہ مریض کا وزن بڑھتا یا گھٹتا ہے، تربیحات کرنے کی ضرورت پیش آئے گی۔ اگر مریض فربہ ہے تو اس کے لئے یہی مناسب ہے کہ اس کا وزن گھٹے، اور حراری قدر کا حساب اس تخمین کردہ وزن سے لگایا جاتا ہے جو کہ آئیلے والٹر (Ainley Walter) کی پالیٹو (2) سے طول جزیع (stem length) سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بالکل پست حراری قدریں مثلاً ۶۰۰ یا ۸۰۰ کچھ عرصہ تک کام میں لائی جاسکتی ہیں۔

حدول ۳۷ جسمانی وزن (پاؤنڈ)

عورت			مرد			جسم کا طول (انچ)
اقل	اوسط	اعظم	اقل	اوسط	اعظم	
۲۱	۲۵	۳۱	۲۱	۲۵	۳۱	۲۰
۲۷	۳۲	۴۱	۲۷	۳۲	۴۱	۲۲
۳۷	۴۵	۵۵	۳۷	۴۴	۵۲	۲۴
۴۷	۵۷	۶۹	۴۷	۵۶	۶۸	۲۶
۵۹	۷۲	۸۸	۵۷	۷۰	۸۶	۲۸
۷۲	۹۰	۱۰۹	۷۰	۸۶	۱۰۵	۳۰
۸۲	۹۸	۱۲۱	۷۸	۹۲	۱۱۷	۳۱
۹۰	۱۰۹	۱۳۳	۸۵	۱۰۲	۱۲۸	۳۲
۹۹	۱۱۹	۱۴۶	۹۲	۱۱۲	۱۴۱	۳۳
۱۰۹	۱۳۱	۱۶۰	۱۰۳	۱۲۵	۱۵۴	۳۴

جسم کا طول (انچ)	مرد			عورت		
	اعظم	اوسط	اقل	اعظم	اوسط	اقل
۳۵	۱۶۹	۲۳۶	۱۱۲	۱۷۵	۱۴۲	۱۱۸
۳۶	۱۸۳	۱۴۸	۱۲۲	۱۹۰	۱۵۵	۱۲۹
۳۷	۲۰۰	۱۶۱	۱۳۴	۲۰۸	۱۶۹	۱۴۲
۳۸	۲۱۷	۱۷۴	۱۴۴	۲۲۶	۱۸۳	۱۵۳

(نوٹ) اعظم اور اقل اوزان طبی افراد کی تقریباً ۹۰ فی صدی تعداد میں جوت اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ یہ دیکھا جائے گا بڑی جسامت والے اشخاص میں یہ نہایت وسیع ہے (۳)۔

مریض زمین پر بیٹھ کر اپنی پشت کو مضبوطی کے ساتھ دیوار سے لگائے رکھتا ہے اور اس کے گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں۔ جسم کے طول کو زمین سے سر کی چوٹی تک انگوٹھوں میں ناپ کر اس کا مقابلہ جسم کے وزن کے ساتھ کیا جاتا ہے، جو بغیر کیڑوں کے یا ڈنڈوں میں لے لیا جاتا ہے۔ اگر مریض کسی مرض کی وجہ سے حد سے زیادہ موٹا یا حد سے زیادہ ڈبلا ہو تو اس کے طبی تحول کے حصول کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صفحہ ۳۷ میں اوسط وزن سے جو اس کے جسم کے طول کے متناسق ہو، کام لیا جائے نہ کہ اس کے اصلی وزن سے۔ جدول ۳ عمومی استعمال کیلئے ہے، جس سے کسی وقت یہ ظاہر ہو سکتا ہے کہ آیا مریض بے حد موٹا یا بے حد ڈبلا ہے۔

ذیابیطس مریض کے علاج میں آج کل اس سے زیادہ کاربوہائیڈریٹ دیا جاتا ہے کہ جتنا زمانہ ماضی میں، اور بستر طیکہ غذا کی کل حراری قدر وافر ہو انہوں کی احتیاج اس سے زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی رست کاربوہائیڈریٹ غذاؤں میں۔ حقیقت میں بلند کاربوہائیڈریٹ اور پست شحم والی غذا جس میں ۶۰ کی نسبت ہو، ایک فریبہ مریض میں دموئی شکر کو گھٹا کر طبعی تک لانے میں کامیاب ہو جاتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین کی ضرورت پڑے۔ لیکن اگر اس قسم کی غذا کو طویل مدت کے لئے استعمال کرنا پڑے تو پھر حیات میں اور دمزید دینی چاہئیں۔ غذا میں تجویز کرنے میں سہولت پیدا کرنے کے لئے، مصنف نے کئی ایک غذائی ضابطے نکالے

ہیں جن میں سے بعض جدول میں دئے گئے ہیں۔ ہر ضابطہ میں ۲۰ گرام کے کاربوہائیڈریٹ راتوں کی ۱۰ گرام کے تسخیری راتوں کی اور گراموں میں پروٹین کی ایک مقررہ تعداد ہے۔ اوپر کی سطر کو جو کہ ۲۰ حراروں کے متناظر ہے، جمع اور تفریق کر کے مزید ضابطے نکالے جاسکتے ہیں۔ ان نسبتوں کے نکالنے میں اس امر کا بالکل لحاظ نہیں کیا گیا کہ پروٹین کاربوہائیڈریٹ یا شحم کا ماخذ ہو سکتی ہے۔ ایسے حسابات حد سے زیادہ فرضی ہوتے ہیں اور بلند تر کاربوہائیڈریٹ والی غذاؤں میں شحم کا گلسرال کاربوہائیڈریٹ کے ماخذ کی حیثیت سے کچھ اہمیت نہیں رکھتا۔ کاربوہائیڈریٹ اور شحم میں ۲:۱ کی نسبت نہایت عام طور پر مفید پائی جائے گی، لیکن بچوں کے لئے ۴:۱ امرج ہے، اور ایک بلند تر کاربوہائیڈریٹ والی غذا صلابت شرائین ذبحہ صدریہ، عفونت اور سل ریوی میں خاص طور پر مفید ہوگی۔ قدیم رواج کی غذا ۱:۱ کے متناظر تھی، کاربوہائیڈریٹ اور شحم کے راتب فہرست الف ب اور ج سے حاصل کئے جاتے ہیں جو ہر غذائی اشیاء کی وہ مقدار بتاتی ہیں جو کہ پورے یا آدھے کاربوہائیڈریٹ یا تسخیری راتب کے متناظر ہے، اور فہرست د میں ایسی غذائیں درج ہیں جن میں کاربوہائیڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہے، اور گھر میں معمولی استعمال کے لئے چند مرکب اغذیہ درج ہیں۔ ذیابیطس مریض ہر وہ غذا کھا سکتا ہے جو کہ معمولی مومنوع عادتاً کھاتا ہے، بشرطیکہ اس کے اجزاء معلوم ہوں اور غذاؤں کی اس اسکیم کے ذریعہ مریض خاندان کے معمولی کھانوں میں شریک ہو سکتا ہے۔ اس سے کہیں زیادہ تفصیلی فہرست جس میں ۲۰۰ مرکب اغذیہ درج ہیں، کسی دوسری جگہ شائع کی جا رہی ہے (۵۴)۔ شکوائیہ کھانے (dishes) عام طور پر انسولین کے ذرا ہی بعد لینا چاہئیں یعنی ناشتہ اور رات کے کھانے پر۔ لیکن بہت سے طبیب اس کو بالکل منع کر دیتے ہیں۔ سبزیوں کے لئے رعایت دی جاتی ہے، لیکن آلوؤں، سیم کی پھلیوں (butter beans) اور مٹروں کے سوا ان کو تولنے کی ضرورت نہیں۔ صاف بخنی آزادانہ طور پر لے سکتے ہیں۔ اکل دینے میں وہ مقصد نہیں ہو سکتا جو کہ زمانہ ماضی میں ہوتا تھا اور بہتر یہ ہے کہ اس سے اجتناب کیا جائے۔ بیروں (beers) میں ۳ تا ۴ فی صدی کاربوہائیڈریٹ موجود ہوتا ہے۔ میٹھا کرنے کے لئے

سکرین (saccharine) استعمال کر سکتے ہیں۔ یہ غذائی جدولیں بیشتر کاربوہائیڈریٹ اور شحم سے اعتنا کرتی ہیں۔ پروٹین کو کم و بیش کرنا زیادہ اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس کی حراری قدر اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شحم کی۔ یہ زیادہ سہولت دہ ہوگا کہ غذا کو گراموں میں تو لاجائے اور ان کسروں (fractions) کے جھگڑے میں نہ پڑا جائے جو کہ انہیں استعمال کرنے میں پیدا ہوتی ہیں۔ جدولوں میں دونوں ٹاپ دئے گئے ہیں۔ ان کاربوہائیڈریٹس کو زیادہ تر ناشتہ اور رات کے کھانے کے ساتھ انسولین سے تقوڑی دیر بعد دینا چاہئے، لیکن خفیف اصابتوں میں ان کی کچھ مقدار دوپہر کے کھانے کے وقت، بلکہ شام کی چائے کے ساتھ بھی دیا جاسکتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹ کی بڑی مقداروں کے ساتھ اکثر یہ مناسب ہے کہ انسولین کھانے سے پون گھنٹہ بلکہ ایک گھنٹہ یا اس سے بھی زیادہ پہلے دی جائے تاکہ وہ اپنا اعظم اثر کھانے سے ایک تا دو گھنٹے بعد اُس وقت ظاہر کرے جب کہ دومی شکر بھی اپنے درجہ اعظم پر ہوتی ہے۔ لیکن اگر انسولین کو بہت پہلے دیا جائے گا تو رد عمل کھانے سے پہلے یا کھانے کے دوران میں واقع ہو جائے گا۔

انسولین کے علاج کیلئے مریض کا انتخاب۔ کلوی ٹکرولیت کے لئے انسولین نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ دورانِ عمل کی شکر بولیت اکثر اوقات اسی نوعیت کی ہوتی ہے۔ لیکن جہاں عمل کے ساتھ حقیقی ذیابیطس بطور ایک پیچیدگی کے موجود ہو اُس صورت کو اس امر کے انتخاب کا اختیار دینا چاہئے کہ عمل کو ختم کر دیا جائے یا نہیں اور اگر عمل ختم نہ کیا جائے تو انسولین کا علاج شروع کر دیا چاہئے۔ شکر بولیت اور بیش شکر دمویت کے تقریباً تمام مریضوں میں علامات کو رفع کر دینے میں جو کامیابی انسولین سے حاصل ہوتی ہے اُس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی تمام اصابتوں میں اولی نقص لسلب میں ہوتا ہے، لہذا اقرین عمل یہی ہے کہ اس قلت کی تعویض کے لئے انسولین استعمال کی جائے، اور جب پیچیدگیاں جیسے کہ گنگرین، نزول المائسل ریوی، ذبحہ صدریہ وغیرہ موجود ہوں تو یقیناً یہی کرنا چاہئے۔ نہایت خفیف محترم مریضوں کی حالت میں انسولین اور ش میں ۱:۱ کی نسبت رکھنے والی غذا جس کے حرارے ذرا پست ہوں دومی شکر کو گھٹا کر

فہرست الف۔ ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ کے راتب (کس)

ان مقدار میں پرٹین بھی موجود ہے

گرام	اونس	یا	۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود نہیں
۲	$\frac{1}{8}$	۲۶	موتیا جو (pearl barley)
			سیم کی پل کی ایک قسم (butter beans)
۸	۵	۱۳۹	ہرقت جبکہ وہ دسترخوان پر چینی جائے۔
۲	$\frac{1}{8}$	۲۴	پن بکٹ (H&P) (water biscuit)
۳	$\frac{1}{8}$	۲۵	چٹے کپٹن بکٹ (captain biscuit)
۳۵	$1\frac{1}{2}$	۳۸	روٹی چھینے ہوئے آٹے کی
۵	$1\frac{1}{2}$	۴۹	بے پچھنے ہوئے آٹے کی (Hovis)
۰	$1\frac{1}{4}$	۳۲	خشک کردہ کشمش
۳	۱	۲۶	آٹا
۳	$\frac{1}{8}$	۲۶	فورس (force)
			+ گولڈن سرپ لائل کا (Lyle's)
۰	۱	۲۶	golden syrup)
۰	$\frac{1}{8}$	۲۵	+ شہد
۳۵	۱	۲۶	کرونی (Macaroni)
			+ مارمیت، کوپر (Cooper) کا
۰	$1\frac{1}{4}$	۳۵	آکسفورڈ کا
۵	۱	۳۰	جی کا آٹا (oat meal)
۱۱۵	۶	۱۴۳	مٹر تازہ ابلے ہوئے
۲	۵	۱۳۲	آلو، نئے ابلے ہوئے
۲	۴	۱۱۵	پرائے،
۲	۱	۲۸	چاول تو لے ہوئے (اور پھر دھوئے ہوئے)
۲۵	$\frac{1}{8}$	۲۶	ساگودان

ان مقداروں میں پڑیں بھیج دیجئے

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں
 + شکر ۲۱ گرام یا ۲۳ اونس
 کسوا کی سوچی (tapioca) ۲۳ گرام یا ۲۱ اونس
 فہرست ب - نصف کاربوہائیڈریٹ ریٹی راتیب (۱۶ لک س)

پھل، جوازہ اور پختہ ہوں الا اس صورت میں کہ انکے خلاف بیان کیا جائے اور خوردنی حصہ کو تولا جاتا ہے۔

پھل

اونس	گرام	مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں
۳ ۱/۴	۹۲	سیب
۵ ۳/۴	۱۶۲	خربانی (apricot) ، پھلکے سمیت، لیکن گٹھلیوں کے بغیر
۲	۵۶	کیلا
۶ ۱/۲	۱۷۴	بلیک بیرری (blackberries)
۳ ۱/۴	۹۳	شاد دانہ (cherries)
۵ ۳/۴	۱۶۷	کشمش، سیاہ
۹	۲۵۵	کشمش، سرخ
۴	۱۱۵	آلو بخارا (damsons)
۴ ۱/۴	۱۲۰	گوس بیرری (goosecherries)
۲ ۱/۴	۷۲	انگور
۳ ۱/۴	۹۳	گرین گیج (greengages)
۷ ۳/۴	۲۱۸	ییلو میلن (yellow melon)
۴ ۱/۴	۱۲۷	نارنگی
۴ ۱/۸	۱۱۸	آٹو
۳ ۳/۴	۱۰۴	ناشپاتی
۱	۳۱	انٹاس، ٹین بد
۴	۱۱۳	پلم (Victoria) (plum)

مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں

گرام اونس

پرون (prunes) جو مع گھٹلیوں کے دھیمی آنچ پر

۸۲ ۳

پکائے ہوئے ہوں

۱۹۶ ۶ ۶

رَس بھری (raspberries)

۱۷۷ ۶ ۱

اسٹابری (strawberries)

ان میں پروٹین ناقابل التفات ہے

سبزیاں

گروہ ۱

مندرجہ ذیل کی معمولی مقدار :-

سوئیڈی شلجم (swedes)
نصف چوٹا گریٹ فروٹ (grapefruit)

پیاز
پارسنپ (parsnip)

چقندر
کاجر

گروہ ۲

مندرجہ ذیل کی اتنی مقدار کہ جتنی خواہش ہو :-

سولی
ریونڈ چینی

یروشلم آرنی چوک (Jerusalem celerly)

artichokes)

اسپراگس (asparagus) فرانسیسی پھلیاں (French sea kale)

اسفناج (spinach)

برسلز سپروٹز (Brussel's beans)

ٹماٹر

کاجو (lettuce)

sprouts)

سلاد آبی (watercress)

گہیا کدو (marrow)

کرم کلمہ (cabbage)

پھول گوبھی (cauliflower) مرٹاؤنڈ کریس (mustard & cress)

فہرست ج - نصف شحمی راتب (۱/۳ ش س)

ان مقداروں میں اتنی پروٹین بھی ہے

گرام

اونس

گرام

مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام شحم موجود ہے

۵

۱/۳

۱۵

پنیر شڈر (cheddar)

ان مقداروں میں اتنی پڑھیں بھیجیے	گرام	اؤنس	مندرجہ ذیل میں ہر گرام شہم موجود ہے
۵	۱۲	$\frac{1}{3}$	پنیر ہالندی (Dutch)
۶	۵۶	۲	انڈا، ایک عدد

475

مچھلی وغیرہ

خوردنی صد کیا جاتا ہے

ان مقداروں میں اتنی پڑھیں بھیجیے	گرام	اؤنس	مندرجہ ذیل میں ہر گرام شہم موجود ہے
۶	۲۹	۱	بلوٹرز (bloaters)، کباب کی ہوئی
۳	۲۸	۱	ایل (eel)، دھیمی آنچ پکائی ہوئی
۶	۲۶	۱	ہرننگ (herring)، تلی ہوئی
۱۰	۴۴	$1\frac{1}{4}$	کپرز (kippers)، تور میں پھنی ہوئی
۹	۴۴	$1\frac{1}{4}$	میکرل (mackerel)، تلی ہوئی
۴۵	۲۲	$\frac{3}{4}$	سارڈینز (sardines)
			سپرائز (sprats)، دھوئیں میں پکائی ہوئی
۵۵	۲۱	$\frac{3}{4}$	اور کباب کی ہوئی۔
			سفید مچھلی (white fish)، بجاپ سے
۱۵	۷۰	$2\frac{1}{4}$	یکائی ہوئی۔
۱۵	۷۰	$2\frac{1}{4}$	کیکر (crab)، بلاسی کے
۱۵	۷۰	$2\frac{1}{4}$	جھینگا مچھلی، بلاسی کے
۱۵	۷۰	$2\frac{1}{4}$	مچھلی جھینگا مچھلی، بلاسی کے

+ اس میں ہر گرام کمین ملاؤ

گوشت

			سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا چرگوشت
۴	۱۵	$\frac{1}{4}$	گردن کا پٹھ اور ران کا۔
			سود کی بے چربی کی ران، نمک لگائی ہوئی اور
۸۵	۳۷	$1\frac{1}{4}$	دھوئیں میں پکائی ہوئی۔

ان مقداروں میں اتنی پروٹین موجود ہے

گرام

اونس

۱ ۱/۲

گرام

۲۰

مندرجہ ذیل میں ہر گرام شحم موجود ہے
گائے کی پیچھے کا گوشت، بے چربی کا

گوشت کا قتلہ دھیمی آنچ پر پکا ہوا، اس میں

چربی نہیں ہے)

بچھڑے کی پنڈلی کا گوشت، بے چربی کا، لیٹا ہوا

بریاں کیا ہوا۔

دیگر گوشت، بے چربی کا

اعضا

قلب، بریاں کیا ہوا

گروہ، تلا ہوا

جگر

لبلیب، دھیمی آنچ پر پکا یا ہوا

دبان، دھیمی آنچ پر پکاٹی ہوئی

اوجھڑی، دھیمی آنچ پر پکاٹی ہوئی

مرغیاں بطخ وغیرہ

چوزہ، بریاں کیا ہوا

بطخ، دھیمی آنچ پر پکاٹی ہوئی

ہنس

پارٹریج (partridge)

فیزنٹ (pheasant)

ارنب (rabbit)، دھیمی آنچ پر پکا یا ہوا

پیرو (turkey)، بریاں کیا ہوا

فہرست ۵۔ وہ غذا جس میں کاربوہائیڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہیں

مندرجہ ذیل غلاتوں میں
وہ وہ کعب سٹی میٹروں میں نایا ہوا

کلوام

اونس

۱/۲

شیر

گرام

۱۰

مندجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	لکڑی	شکر	گرام ہر چوبیس
	۲۶۰	۱۳	۱	$\frac{1}{4}$	۱۳
	۵۶۰	۲۰	$\frac{1}{4}$	۲	۲۰
بسکٹ					
باتھ آلیور (bath oliver) ($\frac{1}{4}$ پڑ)	۴۶	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۴۵
بریکفاسٹ (breakfast) (۷)					
(H & P)	۵۴	۲	۲	$\frac{1}{4}$	۵۵
کریم کرکر (cream cracker)					
(H & P) (۷)	۵۶	۲	۲	۱	۴۵
پٹی بیور (Petit Beurre) ($\frac{1}{4}$ پڑ)					
P.F	۴۴	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۴۵
شارٹ بریڈ (shortbread)					
(P F) ($\frac{1}{4}$ پڑ) (Grenock)	۳۴	$\frac{1}{4}$	۱	۱	۴۵
+ چاکولیٹ (chocolate) بورنول					
(Bournville)	۵۶	۲	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۱۰
+ چاکولیٹ بریکفاسٹ (chocolate)					
(cadbury) breakfast	۲۶	۱	۱	-	۱۵
سپاریاں (nuts)					
برازیل (brazil)	۱۵	$\frac{1}{4}$	۰	۱	۲۵
جوز (chestnut)	۷۵	$\frac{1}{4}$	۱	$\frac{1}{4}$	۴۵
فلبرٹز (filberts) (۵ گرام ڈبل)					
روٹی ملاؤ	۱۵	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۱	۲
اخروٹ	۱۶	$\frac{1}{4}$	-	۱	۳
مختلف					
+ ۱۔ فروٹ کیک (fruit cake)	۳۹	$\frac{1}{4}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲

مذہب ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	کے	م	گرام
۲۔ اسفنج کیک (sponge cake)	۳۷	$1\frac{1}{4}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲
۳۔ پنیر کی لوریں (cheese straws)					
ایک سو تھائی حصہ۔	۵۳	$1\frac{1}{8}$	۱	۱	۸۰۵
۴۔ پنیر کے ساتھ کی ہوئی کرونی (macaroni cheese) نصف					
پڈنگ۔	۲۰۰	۷	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱۶۵
۵۔ آلوؤں کا جھرتا - نصف مقدار	۱۲۰	$4\frac{1}{8}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲۵۵
۶۔ (ا) بھیٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ					
بھائیے پکائی ہوئی - نصف پڈنگ	۱۵۰	$5\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۱
(ب) بھیٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ					
تنور میں بھنی ہوئی - نصف پڈنگ	۱۳۰	$4\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۱
۷۔ ڈبل روٹی اور کمن کی پڈنگ۔					
نصف پڈنگ	۱۷۰	$6\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۰۵
۸۔ خوش مزہ پڈنگ - نصف پڈنگ	۲۱۰	۷	۱	$1\frac{1}{4}$	۱۱
۹۔ (ا) سوٹ (suet) کی پڈنگ					
بھائیے پکائی ہوئی - نصف پڈنگ	۵۹	۲	۱	۱	۴
(ب) سوٹ کی پڈنگ - تنور میں					
بھنی ہوئی - نصف پڈنگ	۴۷	$4\frac{1}{4}$	۱	۱	۴
۱۰۔ یارک شائر (Yorkshire) کی					
پڈنگ۔	۸۳	۴	$4\frac{1}{4}$	۱	۱۱
۱۱۔ ڈبل روٹی کی بھرتی - نصف مقدار	۲۸	۱	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۲

+ وہ غذائیں جن پر یہ نشان ہے ۱۰۔ ۱۱ گرام سے زیادہ صل پذیر کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل ہوتی ہیں اور صرف طیب ہی ان کی اجازت دے سکتا ہے۔

سنخ

(۱) فوٹ کیک - $\frac{1}{2}$ پونڈ آٹا - $\frac{1}{2}$ پونڈ سمرنا کی کشت - $\frac{1}{2}$ پونڈ شکر - $\frac{1}{2}$ پونڈ مکھن - ۲ انڈے - $\frac{1}{4}$ اونس دودھ - ۱۰ گرام رائل بیکنگ پوڈر (royal baking powder) (ٹی سپون فل) - تنور میں ابک گھنٹہ۔

(۲) سفنج کیل - ۶ اونس آٹا - $\frac{1}{2}$ پونڈ شکر - ۲ اونس مکھن - $\frac{1}{4}$ اونس دودھ - ۲ انڈے - ۵ گرام بیکنگ پوڈر (ہموارٹی سپون فل) - تنور میں ۳۵ منٹ۔

(۳) پنیر کی لوزیں (cheese straws) - ۷ گرام ($\frac{1}{4}$ اونس) پنیر [پریا (parma) کا] ۱۳ گرام (۴ اونس) آٹا، ۶۲ گرام ($\frac{1}{2}$ اونس) مکھن، ایک انڈے کی زروئی، $\frac{1}{4}$ اونس پانی، نمک، تیتا مرچ - آٹا چھان لو، مکھن ملا کر لو، گھس کر چھلا ہوا پنیر اور سالے ملاؤ، اور خفیف طور پر بھینٹی ہوئی انڈے کی زروئی اور پانی کے ذریعہ چپکاؤ کر جس سے ایک سخت پٹا بن جائے، اس کو ٹکے سے گوندھو، بیلن کے ذریعہ اسکو پتلا پھیلاؤ اور کاٹو۔ تنور میں مدت ۱۵ منٹ۔

(۴) پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی (macaroni cheese) - ۴۰ گرام (۲ اونس) مکرونی (یا ۳۲ گرام پکا اونس) سیگھٹی (spaghetti) جیٹنی ۷۱ کے اجزاء، ۶۲ گرام ($\frac{1}{2}$ اونس) سبز پنیر مکرونی کو پانی میں ایک گھنٹہ تک جگھوئے لکھو، پھر نمک ملا کر چوش، یہاں تک کہ نرم ہو جا، پھر چھان لو تیز چٹنی تیار کر کے اس میں مکرونی اور بیشتر حصہ پنیر کا ملاؤ، رائی اور نمک کے ذریعہ خوب سالہ دو، بناؤ، پھر پڈنگ کے کٹوں میں منتقل کرو، بقیہ پنیر کو پڈنگ کے اوپر چھڑک دو، اور تنور میں بھورا کرو۔ مدت ۴۵ منٹ۔

(۵) آلوؤں کا بھرتا - ۲۰۰ (گرام) چھلے ہوئے پرانے آلوؤں کو جو شش یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائیں، پانی کو پھینک کر، خفیف سی بجای دو تا کہ وہ پورے یک جہاں۔ اس طرح پکانے پر وزن میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی - ایک اونس دودھ، ۱۲ گرام ($\frac{1}{2}$ اونس) مکھن کے ہمراہ بھرتا بناؤ اور سیاہ مرچ ملاؤ۔

(۶) چھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ - (۱) ۷۰ گرام ($\frac{1}{4}$ اونس) آٹا، ایک انڈا، ۶ اونس دودھ، ۱۲ گرام ($\frac{1}{2}$ اونس) مکھن تیلے کے لئے آمیز کرو، بھینٹو اور ڈسک کر رکھا رہنے دو، گاہے گاہے بھینٹو۔ پھر بھاپ دینے والے ظرف کو گرم کرو،

جب کہ مکھن اچھی طرح گچھلا ہوا ہو۔ مدت ایک گھنٹہ۔ (ب) اس کو ہم منٹ تنور میں بھونا جاسکتا ہے۔

(۷) ڈبل روٹی اور مکھن کی پڈنگ۔ ۷ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی، ۶ گرام (۱/۲ اونس) مکھن، ایک انڈا، ۱۰ اونس دودھ، ۲۱ گرام (۳/۴ اونس) سمرنا کی کشمش۔ مدت دو گھنٹہ۔

(۸) خوش ذائقہ پڈنگ۔ ۷ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے، ۶ گرام (۱/۲ اونس) مکھن، ۲ انڈے، ۷ اونس دودھ، معتدل جسامت کا ایک پیاز۔ مخلوط بوٹیاں یا کٹی ہوئی پارسلی (parsley) سیاح مرچ اور نمک۔ پیاز کے ٹکڑے کر کے نلکین پانی میں جوش دو یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائے، انڈوں کو پھینٹو، اجزا کو آمیز کرو اور اور بوٹیوں، سیاح مرچ اور نمک کے ذریعہ خوب سالہ دار بناؤ، کٹورے میں مکھن لگاؤ اور ۵۰ منٹ تک تنور میں بھونو۔

(۹) سویٹ کی پڈنگ۔ ۹ گرام (۳/۴ اونس) آٹا، ۲۲ گرام (۱/۲ اونس) ٹکڑے کی ہوئی سویٹ (Atora)، ۱/۲ اونس دودھ، ۴ گرام رائل بیکنگ پوڈر، نمک۔ آٹے، بیکنگ پوڈر اور نمک کو چھان لو۔ سویٹ ملاؤ، پھر دودھ ڈال کر اس کو چھری کے ذریعہ خوب آمیز کرو۔ آمیزہ کو ۷ میں بھیل پر ایک ”ٹوٹی“ کی صورت میں لگانے کے لئے یا تو استعمال کرو۔ (۱) اس کو چربی بند کاغذ کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے اور ۸ منٹ تک بھاپ پر پکایا جاتا ہے یا (ب) تنور میں ۳۰ منٹ تک بھونا جاتا ہے۔ (ج) اگر ایک سلور سائڈ سٹو (silverside stew) میں ڈمپلنگز (dumplings) کی ضرورت ہو تو ۶ گرام (۱/۲ اونس) آٹا آمیزہ میں اور ۱۰ گرام (۱/۲ اونس) آٹا ڈمپلنگز کو ڈالنے کے لئے استعمال کرو۔

(۱۰) یارک شائر (Yorkshire) کی پڈنگ۔ وہی آمیزہ جو کہ ۷ میں ہے، لیکن ڈش (dish) کو بھوننے کے لئے مکھن کی بجائے چربی (dripping) استعمال کرو۔ تنور میں ۲۵ منٹ۔

(۱۱) سفید چٹنی کا گھانا (pouring)۔ ۴ گرام (۱/۲ اونس) آٹا، ۴ گرام (۱/۲ اونس) مکھن، ۶ ۱/۲ اونس دودھ، نمک اور سیاح مرچ۔ مکھن کو گچھلاؤ اور آٹے کیساتھ

آمینز کرو دودھ کو آہستہ آہستہ ملاؤ، شروع سے آخر تک ہلاتے جاؤ، اور ہر اضافہ کے بعد جوش دو۔ ۵ منٹ تک جوش دو۔ سالے ملاؤ۔

(۱۲) ڈبل روٹی کی بھرتی یا قیما کی بھرتی (force-meat) - ۲۹ گرام (ایک اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے، ۱۲ گرام (۱/۲ اونس) کھن مارگریں (margarine) یا چربی (dripping) ۱/۲ اونس دودھ، مخلوط بوٹیاں، سیاہ مرچ اور نمک کھن کو روٹی کے ٹکڑوں میں ملا کر ملو، سالے ملاؤ، آمینز کرو اور دودھ سے تڑکرو۔ گائے کے گوشت یا بکھرے گوشت کے پارچوں کے لئے جو سبزیوں میں لپیٹ کر دم پخت کئے جاتے ہیں، یا جگر کیلئے استعمال کرو۔ اس سے زیادہ مقدار میں پرندوں، شکاری کے جانوروں، گیلنٹائن سنز (galantines) یا مچھلی میں بھرنے کے لئے یا گولوں کی صورت میں بنا کر بالنگ شاک (boiling stock) میں ۱۰ منٹ تک دم پخت کرنے کے لئے۔ پکانے میں ۶ گرام (۱/۲ اونس) آٹا استعمال کرنا چاہئے۔

۱۴۰۰ حرارے - نسبت لٹ اور ش کی ۱:۲

(۱/۴ لٹ س، ۱/۴ قس س، ۶۴ گرام پ) ۳۰ گرام لٹ ۵۰ گرام ش ۶۴ گرام پ

گرام اونس لٹ س قس گرام پ

۴ ۱/۴ ۱/۴ - - ۴۰۰ نمک (۱/۲ لٹ)

۱ لٹ س، ۱/۴ ش س، سبزیوں (فہرست

ب) نصف چھوٹے

477

- - ۱/۴ - - گریب فوٹ سمیت

۴۶ ۲ ۲ ۲ - - چھنے ہوئے آٹے کی روٹی

(۲ لٹ س، ۱/۴ ش س) سور کا نمک لگایا ہو

اور یکساں ہوا گوشت

گردن کا یا پیٹھ اور

ران کا، ملا ہوا

۳۰ ۱ - ۱ ۸ (فہرست ج، دو حصے)

گرام	اوس	ك	ش	گرام پ
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
<p>کھن (فہرست ج' حصہ) ٹماٹر (فہرست ب)</p>				
<p>شام کا کھانا (الحد ۲ ش ۳) سو کی ران، نمک لگائی ہوئی اور دھوئیں میں بریاں کی ہوئی (فہرست ج' ۲ حصہ) اُبے ہوئے آلو پرانے (فہرست '۱' حصہ)</p>				
۸۰	۳	-	۱	-
۱۱۵	۴	۱	-	۲
۱۲	$\frac{۳}{۲}$	-	۱	-
<p>کھن (فہرست ج' ۲ حصہ)۔ سبزیاں (فہرست ۱) نصف چھوٹا گریب فروٹ سلاد (فہرست ب)</p>				
<p>چائے ($\frac{1}{4}$ ك، ۲ اش ۳) ڈبل روٹی (فہرست ۱) $\frac{1}{4}$ حصہ)</p>				
۱۹	$\frac{5}{8}$	$\frac{1}{4}$	-	۱۵۵
<p>انڈا (۱) یا ساروین مچھلیاں (فہرست ج' ۱ حصہ)</p>				
۲۲	$\frac{۳}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	۴۵
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
۳۰	۱	-	۱	۹
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
۵۷	۲	$\frac{1}{4}$	-	۵
<p>ڈبل روٹی چھل (فہرست ب' ۱ حصہ)</p>				
	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	-	-
	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۶۶

۱۸۰۰ حرارے نسبت ك اودش کی ۱۳۲

($\frac{1}{4}$ ك، ۲ اش ۳، ۷ گرام پ) ۵۷ گرام ك ۵۷ گرام ش ۷۷ گرام پ

وزن بھر	دودھ ۷ اونس (۱/۲ پائینٹ)	گرام	اؤنس	کے	ش	گرام پ
	سبزیاں (فہرست ۱) نصف	-	-	۱/۴	۱/۴	۷
	چھوٹے گریپ فروٹ سمیت	-	-	۱/۴	-	-
ناشتہ	ڈبل روٹی	۱۱۴	۴	۳	-	۱۰.۵۵
	(۳ کے ۱/۲ ش ۱) سور کا نمک لگایا ہوا اوکھایا					
	گوشت گرون کا یا پیٹھا دریا					
	کا، تھلا ہوا (فہرست ج ۲ حصہ)	۳۰	۱	-	۱	۸
	ٹماٹر (فہرست ب)					
	انڈا (۱) (فہرست ج ۲ حصہ)	-	-	-	۱/۴	۶
	کھن (فہرست ج ۲ حصہ)	۱۲	۳/۸	-	۱	-
سام کا کھانا	بے چرنی کا گوشت (فہرست					
	(۱ کے ۲ ش ۱) ج ۲ حصہ)	۶۰	۲ ۱/۸	-	۱	۱۶
	اُبلے ہوئے آلو پرنے (فہرست					
	(۱ حصہ)	۱۱۵	۴	۱	-	۲
	کھن	۱۲	۳/۸	-	۱	-
	سبزیاں (فہرست ۱)					
	نصف چھوٹا گریپ فروٹ					
	سلاد (فہرست ۱)					
چائے	ڈبل روٹی (فہرست ۱)					
	(۱ کے ۱/۲ ش ۱) ۱/۲ حصہ)	۱۹	۳/۸	۱/۴	-	۱.۵۵
	کھن	۶	۱/۴	-	۱/۴	-
	سارڈین پھلیا (فہرست ج ۱ حصہ)	۲۲	۳/۴	-	۱/۴	۴.۵۵
رات کا کھانا	شڈ پنیئر (فہرست ج ۳ حصہ)	۴۵	۱ ۵/۸	-	۱/۴	۱۳.۵۵

گرام	اونس	کے	ش	گرام پ
۱۲	$\frac{2}{3}$	-	۱	-
۹۵	$\frac{2}{3}$	$\frac{1}{4}$	-	۸۵
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-

کھن
ڈبل روٹی
پھل (فہرست ب) حصہ

۸۴۵ ۸۴۶ ۸۴۷

۲۲۰۰ حرارے - نسبت لک اوش کی ۱۲۴

(۱.۱۰ لک ۱.۱۰ ش ۱.۱۰ م ۱.۱۰ گرام پ) (۲۱۰ گرام لک ۱.۵ گرام ش اور ۱.۵ گرام پ)

گرام	اونس	کے	ش	گرام پ
-	-	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۷
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-
۱۱۴	۲	۲	-	۱۲
۱	-	-	-	-
۳۰	۱	-	۱	۸
-	-	-	۱	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
۱۲	$\frac{3}{4}$	-	۱	-
-	-	-	-	-
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-
۸۴	۳	-	$\frac{1}{4}$	۹
۱۱۵	۴	۱	-	۲

دن بھر دودھ، اونس (لک پانٹ)
(۱.۱۰ لک ۱.۱۰ ش ۱.۱۰ م ۱.۱۰ گرام پ) سبزیاں (فہرست ب) نصف
چھوٹے گریپ فروٹ سمیت
ڈبل روٹی
(۱.۱۰ لک ۱.۱۰ ش ۱.۱۰ م ۱.۱۰ گرام پ) سودا کا نمک لگایا ہوا اور لکھایا
ہوا گوشت گردن یا پیٹ اور
دان کا تھلا ہوا (فہرست ج) حصہ
ٹماٹر (فہرست ب)
انڈے (۲) (فہرست ج)
۲ حصے
کھن (فہرست ج) ۲ حصے
پھل (فہرست ب) حصہ
ایل محلی، ذمیہی، آنچ پری کی ہولی
(۱.۱۰ لک ۱.۱۰ ش ۱.۱۰ م ۱.۱۰ گرام پ) (فہرست ج) ۲ حصے
اُبلے ہوئے آلو (فہرست و)
۱ حصہ -

گرام	اونس	لٹرا	شیر گرام	ب
۱۹	$\frac{5}{8}$	$\frac{1}{4}$	-	۱۵
۱۸	$\frac{5}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	-
چائے سلاطین (ب)				
۳۸	$\frac{1}{2}$	۱	-	۳۵
۲۲	$\frac{3}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	۲۵
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
۲۵	$\frac{5}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	۱۳۵
۱۱۲	۲	۳	-	۱۲
۱۸	$\frac{5}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	-
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-
۸۹۰ ۱۰ $\frac{1}{4}$ ۱۰ $\frac{1}{4}$				

طبعی درجہ پر لانے کے لئے اکثر خود ہی کافی ہوں گی، لیکن کیتونیت سے بچنا چاہئے۔ یہی ضابطہ ہیں کہ جن میں بلند کاربوہائیڈریٹ اور پست شحم والی غذا بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کی جاسکتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین دیجائے۔ تاہم فوجی مریضوں میں خواہ انکی حالت کیسی ہی خفیف درجہ کی ہو، انسولین کا علاج فی الفور شروع کر دینا چاہئے، تاکہ مرض خراب تر نہ ہونے پائے، اور ساتھ ہی جزائر کو آرام کا موقع ملنے سے کینڈر شفا کا اثر بھی پیدا ہو سکے۔ عمومی معدوم حس دوا کے استعمال سے نصف گھنٹہ قبل ڈیگلیٹروس (۲ اونس کے قریب) دے دینی چاہئے، اور اس سے نصف گھنٹہ قبل انسولین کی ۲۰ اکائیاں۔

علاج ما بعد (after-treatment)۔ مریضوں کو یہ سکھانا چاہئے کہ وہ خود کو انسولین کی سچکاری کس طرح لگائیں اور انھیں شکر کے لئے امتحان بول کا طریقہ بھی جانا چاہئے۔ مریض مریضوں میں انسولین کا استعمال کسی وقت بھی موقوف کیا جاسکتا ہے، اور اس سے کوئی نقصان نہ ہوگا۔ نیز ممکن ہے کہ اس کا استعمال جاری

رکھنا غیر ضروری ہو جائے۔ نوعمروں میں انسولین کی مقدار اعظم ہونی چاہئے کہ مریض متحمل ہو سکے بغیر اس کے کہ علامات پیدا ہوں۔ طبی دہلیز گلوکی کے ساتھ پیشاب ہمیشہ خالی از شکر اور کیتونیت کے لئے راتھیرا کا امتحان ہمیشہ منفی ہونا چاہئے۔ اکثر راتھیرا کا مثبت امتحان اُس وقت پایا جاتا ہے جب کہ انسولین بے حد کم استعمال کی جا رہی ہو جس سے دموی شکر طبی درجہ سے اوپر رہتی ہے (14) لیکن وہ اُس وقت بھی مثبت پایا جاتا ہے جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹ از حد کم اور چربی از حد زیادہ ہوتی ہے، لہذا جب ایسی حالت ہو تو غذا میں کچھ ترمیم کرنی چاہئے۔ اگر مریضوں کو خلاف عادت عضلی ورزش کرنا ہو تو انہیں انسولین کم لینی چاہئے، کیونکہ ورزش دموی شکر کو کم کر دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک مریض جس کا علاج ابھی بیان کئے ہوئے اصول پر کیا جا رہا ہے کچھ عرصہ کے بعد یہ محسوس کرے کہ انسولین کی وہ مقدار جس کا وہ عادی ہے حد سے زیادہ ثابت ہو رہی ہے، کیونکہ اُسے قلیل شکر دموی رہی رہی رہی ہو رہے ہیں۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ اُس کی حالت میں اصلاح ہو رہی ہے اور اُس مقدار کو کم کرنا چاہئے۔ اگر انسولین سے شفا یابی ممکن ہے تو شفا کامل کے لئے یقیناً چند سال کی ضرورت ہوگی۔

سہا ایت۔ جب مریض کو کوئی حادثہ سرایت، مثلاً الہتاب لوزین، انفلوئنزا، کھسرا، ذات الریہ، معدی معوی الہتاب وغیرہ ہو جاتا ہے تو جسم کو انسولین کی زیادہ احتیاج ہو جاتی ہے۔

(ا) اگر معمولی غذائی جا رہی ہے تو انسولین کی معمولی مقدار دی جاتی ہے۔ شباب کا امتحان ہر دو سرے یا تیسرے گھنٹے کرنا چاہئے، اور اگر شکر ظاہر ہو تو دو پہر کے کھانے سے پہلے یا وسط شب میں (ایک بار دن کھانا اور دو کی انسولین کی ایک تازہ مقدار استعمال کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ انسولین کی مقدار میں تدریجی زیادتی بھی ضروری ہو۔ لیکن جو دہی کتیش کر جائے اور پیشاب خالی از شکر ہو، لازماً انسولین کو فی الفور کم کر دینا چاہئے۔

(ب) فرض کرو کہ غذا نہیں لی جا رہی ہے (مثلاً اگر قے موجود ہے)۔

(۱) اگر شباب میں شکر موجود ہے تو انسولین کی پوری مقدار معمولی وقت پر دینی

چاہئے، اور پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کر کے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے انسولین میں تازہ اضافے کئے جائیں۔ (۲) اگر پیشاب میں شکر موجود نہ ہو تو انسولین معمولی مقدار سے آدھی دینی چاہئے، اور ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے امتحان ہو کر کے اگر ضرورت ہو تو انسولین کی تازہ مقادیر دی جائیں۔ دونوں حالتوں میں یہ بہتر ہوگا کہ انسولین سے آدھ گھنٹہ بعد گلوکوس ۱۰ فی صدی محلول میں (اگرام فی اکائی) دینا چاہئے۔

479

ذیابیطسی قوما (diabetic coma)۔ ذیابیطسی قوما کے آغاز میں انسولین کی ایک بڑی مقدار (مثلاً ۶۰ اکائیاں) کچھ تو تحت الجلدی راہ سے اور کچھ دروں و ریدی راہ سے دینا چاہئے جس کے ہمراہ ۶۰ گرام شکر ایک بائسٹ پانی میں دینی چاہئے اور تحت الجلدی شراب معہ شکر کے ہر چوتھے گھنٹے مکرر دینا چاہئے یہاں تک کہ پیشاب کیٹونی اجسام سے متراہ ہو جائے۔ اس کے بعد انسولین معہ شکر کے نسبتاً قلیل تر مقداروں میں زیادہ طویل وقفوں سے جاری رکھیں۔ جب جب پیشاب ہو اس کے ہر نمونہ کا امتحان کرنا اہم ہے اور اگر تین یا چار گھنٹے تک امتحان کے لئے پیشاب نہ ہوا ہو تو اس کا نمونہ حاصل کرنے کے لئے قاتلاً طر استعمال کرنا چاہئے۔ ان احتیاطوں سے کام لینے کی وجہ یہ ہے کہ ایسے قوی علاج جو ذیابیطسی قوما کے لئے ضروری ہوتا ہے، مریض کو درمیان میں ہوش آئے بغیر نہایت آسانی کے ساتھ قلیل شکر دموتی قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ اگرچہ بیان کردہ طریقہ سے شکر دینے پر ایسا ہونا خلاف قیاس ہے۔

اس کے علاوہ علاج کا ایک نہایت اہم طریقہ یہ ہے کہ ایسے سیال کی بڑی مقداریں دی جائیں جس میں شکر اور شاید سوڈیم بائی کاربونیٹ موجود ہو۔ اس کے اثر سے سیلان بول جاری رہ کر زہری ایسیڈوائیٹک ایسڈ کے خارج ہونے میں مدد ملے گی جو غالباً ذیابیطسی قوما کا سبب ہوتا ہے۔ بے ہوش مریض میں اس سیال کو دینے کے لئے ایک معدی انبوبہ (انہورن ہارن (Einhorn's tube) یا ایک لمبا انفی انبوبہ اور ایک قیف ضروری ہیں۔ مریض کو دائیں کرش پر لٹا دیا جاتا ہے تاکہ سیال جاذبہ کے اثر سے فوراً اثنا عشری میں چلا جائے۔

ایک پائنت گرم عقیم ہم نشی محلول ہر گھنٹہ دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ آزادانہ سیلان بول قائم ہو جائے۔ اگر مریض تھکے کرے تو اس علاج کو ہرگز موقوف نہیں کرنا چاہئے بلکہ اس کے استعمال کی اصلی مدت کو زیادہ طویل کر دینا چاہئے تاکہ معدے کا پتہ نہ پیدا ہو سکے۔ بار بار امتحان کر کے یہ دیکھنے کی احتیاط عمل میں لانا چاہئے کہ کٹش کا اذیمہ نمایاں نہ ہونے پائے۔ ایسا علاج ۲۴ تا ۴۸ گھنٹے کرنے کی ضرورت ہوگی قبل اس کے کہ گہرے قوما کی حالت میں ہونے کے بعد مریض کامل طور پر ہوش میں آئے۔ جب مستعدی کے ساتھ علاج کے باوجود موت واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ اس کا سبب یوریا دمویت ہو، کیونکہ ایسی متعدد اسباب توں میں دموی یوریا بلند پایا گیا ہے (12, 13)۔ مریض کو لٹا کر رکھنا چاہئے تاکہ فشل قلب نہ ہونے پائے۔

قلیل شکر دمویت (hypoglycaemia) - قلیل شکر دمویت کے

علامات اس سے پہلے درج ہو چکے ہیں۔ علاج کے ابتدائی درجوں میں شدید متلیل شکر دمویت کا خطرہ نہیں ہوتا، بشرطیکہ علاج صحیح طور پر کیا جا رہا ہو۔ اس کے بعد ٹھس ہے کہ شدید عضلی محنت سے قلیل شکر دمویت پیدا ہو جائے، بالخصوص اس وقت جب کہ بلند کاربوہائیڈریٹ والی غذا کا تحول واقع کرنے کے لئے انسولین کی بڑی مقداریں لی جا رہی ہوں۔ مریضوں کو چاہئے کہ ناگہانی ضرورت کے موقع پر کھانے کے لئے اپنے ساتھ شکر کے کچھ ڈلے رکھیں۔

قلیل شکر دموی قوما (hypoglycaemic coma) کے علامت

کچھ مدت تک ذیابیطس قوما کے برعکس ہوتے ہیں۔ پسینہ بکثرت آتا ہے، نبض ممتلی اور مشرف ہوتی ہے، وریدیں نمایاں طور پر ابھر آتی ہیں۔ ممکن ہے کہ بھیمپٹروں کا نیمہ اذیمہ اور اس کے ساتھ ہی زراق اور سیال نفث ہو۔ مریض تشنج ہوتا ہے اور پتہ میں کیتون نہیں ہوتے۔ ایک مریض نے شکایت کی کہ وہ سانس نہیں لے سکتا۔ فالج نصفی (hemiplegia) بھی بیان کیا گیا ہے۔ قلیل شکر دموی قوما کی حالت میں ایڈرینالین (۱۰۰۰ میں ۱) کے ۱۵ تا ۲۰ قطرہوں کا تحت الجلدی اشرا کیا جاسکتا ہے، یا اگر اس سے ناکامی رہے تو پیٹوٹرین (pituitrin) کی یہی مقدار دی جاسکتی ہے۔ یہ علاج صرف اسی وقت

فع بخش ہوگا جب کہ جگر میں گلاکوجن کا اچھا ذخیرہ موجود ہو۔ دہن کی راہ سے یا معدی نبوبہ کے ذریعہ بکثرت شکر (شکر میکار یا ڈیکسٹروس کے ساتھ اونس) دی جاتی ہے۔ مریض کو جلد ہوش نہ آجائے تو ڈیکسٹروس کے ۵ یا ۶ فی صدی محلول کا دروں ریدی اشرب کیا جاتا ہے۔

خود بخود بلش انسولینیت (spontaneous hyperinsulinism)۔

بہ تک انسولین کے استعمال سے متعلق قلیل شکر و مویت کا ذکر کیا گیا ہے۔ خود بخود بلش انسولینیت جزیرہ لینگر بارن کے خلیات کے سلعہ یا بیش تکون کے باعث پیدا و جاتی ہے۔ مثالی قلیل شکر و مویتى علامات کی اصابتیں بیان کی گئی ہیں جن میں نشی یا قوما اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ مریض بہت مدت تک کچھ نہ کھائے، ورنہ اصابتوں میں شکر دینے سے افاقہ ہو جاتا ہے۔ علیہ کے ذریعہ بعض اوقات بیبی حالت معلوم ہو گئی ہے، اور ضرر کو کامیابی کے ساتھ دور کر دیا گیا ہے۔ مینق الاشعاع کو ایک متبادل طریقہ علاج سمجھا جاسکتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں لبعی لبلبہ پایا گیا ہے، اور علامات کا سبب کیا ہے یہ مسئلہ حل نہیں ہوا۔ گاہے جگر برب ہوتا ہے، گو کہ جگر سے قلیل شکر و مویت ہونے کے یہ معنی ہیں کہ بہت وسیع اوفیت موجود ہے، لہذا کبدی قلت کی دیگر امارات کی توقع کرنی چاہئے۔ ایک مکان ذیل میں درج ہے، گو کہ اس کا ثبوت ہنوز مفقود ہے۔

مقدہر نخاعی قلت۔ غدہ نخامیہ کے مقدم لختہ کے بہت سے اقل

میں سے ایک یہ ہے کہ انسولین کا تضاد العمل کیا جائے۔ چنانچہ کسب الجواج (acromegaly) کا ذیابیطس مشہور و معروف ہے۔ تجسم پر یہ پایا گیا ہے کہ اگر ایک لبلبہ ربودہ کتے میں نخامیہ کو بھی دور کر دیا جائے، تو حیوان کا ذیابیطس جاتا رہتا ہے اور دموی شکر مکن ہے طبعی کے اوپر سے نیچے آجائے۔ اگر نخامیہ کو نہ ہا دور کیا جائے تو انسولین کا طبعی تضاد العمل مفقود ہوتا ہے، اور فاقہ کشی اور بک کے بعد قلیل شکر و مویت باسانی واقع ہو جاتی ہے، جس کا علاج شکر دے کر کیا جاسکتا ہے۔ ایسی اصابت میں مقدم نخامیہ کی تجہیزات آزمائی جاسکتی ہیں۔ قلیل شکر و مویت، سمانڈ کے مرض (Simmond's disease) (جو ملاحظہ ہو) کے نام نہا

نخامی ضعفہ (pituitary cachexia) میں شاہدہ کی گئی ہے۔
 قلیل شکر و موہیت کی دیگر امصابتیں یہ ہیں: — وافر عضلی ورزش مثلاً
 لمبی دوڑ دوڑنے والوں میں، یا گلاٹکو جن کے ذخیروں کا ختم ہو جانا درقہ کھلانے
 سے۔ ملاحظہ ہو ضمیمہ صفحہ 504۔

غده درقہ

(THYROID GLAND)

طبعی غده درقہ میں ایسے خلیات موجود ہوتے ہیں جو کو لائڈ کا افراز پیدا کرتے ہیں اور اس کو لائڈ سے ایک آیوڈین شامل رکھنے والی قلمی شے علیحدہ کی گئی ہے جس کو تھائراکسین (thyroxin) کہتے ہیں۔

انسانی جسم میں طبعاً اس شے کے تقریباً تاسہلی گرام موجود ہوتے ہیں۔ یہ ہمیشہ آہستہ آہستہ بنتی ہے [غالباً ڈائی آیوڈو ٹائروسین (di-iodo-tyrosine) (48) کے درج میں سے ہو کر] اور تلف ہوتی رہتی ہے۔ جوں ہی کہ غده کے حویصلات کو استر کرنے والے خلیات کو لائڈ کا افراز کرتے ہیں یہ کو لائڈ حویصلات کے اندر مذخور ہو جاتا ہے۔ چنانچہ اس کے مذخور ہو جانے کے بعد یہ خلیات چپٹے اور ساکن ہو جاتے ہیں۔ فعال افرازی خلیے مکعب یا استوانی ہوتے ہیں۔ یہ غنیات کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں اور ان میں متع عروق شریہ کی وافر سد پہنچتی ہے۔ مغزہ تھائراکسین یا تو خارج ہو کر انھیں شریات کے اندر چلی جاتی اور اس طرح دور ان خون میں داخل ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ کو لائڈ کے طور پر غنیات کے اندر مذخور ہو کر ایک حویصلہ پیدا کر دے۔ افرازی خلیے اس مرحلے یا درجہ میں ساکن ہو جاتے ہیں۔ درقہ کی فعالیت افراز کی زیادتی سے اور کو لائڈ کے اخراج سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ اخراج غالباً استر کرنے والے خلیوں کے درمیان کی درزوں میں سے ہوتا ہے (15)۔ تھائراکسین کی تاثیر یہ ہے کہ یہ مشارکی عصبی نظام کو تھپس کرتی ہے، شائد فوق الکروی لب کا تھپس کر کے، کیونکہ

خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) کی ایک زیادتی پائی جاتی ہے۔ جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، درقی فوق الصلوتی آلہ جگر کو تہیج کر کے گلائکو جن کو گلو کوز کی شکل میں جوئے خون کے اندر منتقل کرتا ہے۔ تنفسی تبادلہ زیادہ ہو جاتا ہے اور جسمانی تپش بلند ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ بیرونی سردی میں تکشف ہونے سے اس آلہ کی وظیفی فعالیت زیادہ ہو جاتی ہے اور حرارت اس آلہ کا امتناع کرتی ہے اور اس آلہ پر جراثیمی مہیات کا عمل ہونے سے شاید بخار پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ درآں حالیکہ فوق الکلیہ کا فصل سریع اور مختصر ہوتا ہے، تھائیراکیں کا فصل سست اور دیر پا ہوتا ہے۔ کٹیکسیم کے تحول پر درقیہ کی تاثیر، جھوز العینی گائٹر کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

گائٹر کی اصطلاح سے غده درقیہ کی کلانی مراد ہے۔ یہ مندرجہ ذیل شکلوں میں واقع ہوتی ہے:— (۱) بیش پرورش جس کے ساتھ حویصلات اور افزائی غیبات غده میں منتشر طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ بلوغ، حمل اور سن یاں کا گائٹر ہے اور ممکن ہے کہ یہ بیض پرآری (oöphorectomy) اور مہضی مرض (ovarian disease) کے بعد بھی واقع ہو جائے۔ (۲) کو لا ٹلڈ گائٹر (colloid goitre)۔ (۳) کیسہ بند غدی سلعہ (encapsulated adenoma) جو جامہ یا دویری ہو سکتا ہے (یہ تین کلانیاں مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر کی شکلیں ہیں)۔ (۴) اولی مجموعی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔ (۵) ثانوی مرض گریو (secondary Graves' disease) یا ستمی غدی سلعہ (toxic adenoma)۔ (۶) موضی نجیث۔

مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر

(endemic or sporadic goitre)

بحث اسباب۔ گائٹر بعض مقامات میں کثیر الوقوع ہے۔ وہ انگلستان میں ڈربی شائر (Derbyshire) میں اور انگلستان کے مغرب اور

جنوب مغرب اور ویلز (Wales) میں ہوتا ہے (16)۔ اور شہروں کے نسبت منسلع میں زیادہ عام ہے۔ براعظم پر وہ بیوائی (Savoy) سوئزر لینڈ شمالی اطالیہ، ٹائرال (Tyrol) اور اسٹائیریا (Styria) کے پہاڑی خطوں میں کثیر الوقع ہے۔ لیکن وہ صرف پہاڑیوں میں محدود نہیں بلکہ ان کے نیچے کے میدانوں میں دیہات تک پھیلتا ہے۔ مقامی الحدوث کا سٹر غالباً آئیوڈین کی قلت یا غیر موجودگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے اور ایسے اشخاص میں ہونے کا رجحان رکھتا ہے جو سمندر سے دور رہتے ہیں۔ نیز وہ آئیوڈین کی ضرورت کی زیادتی سے پیدا ہو جاتا ہے جو یوری نہ کی گئی ہو۔ اس ضرورت کو زیادہ کرنے میں بہت سے علامات حصہ لے سکتے ہیں۔ آب نوشیدنی کا زمین کے اندر کے کسی نامیاتی مادے سے ملوث ہو جانا جو ممکن ہے برازی ہو۔ سرایت کیونکہ بعض اوقات حادثہ کائرو بائی شکل میں واقع ہوتا ہے (17)۔ شناخت ناشدہ مادے [شاید سایانینز (cyanins) جو کربائیٹس کے امتناع کرتی ہیں] کرم کلد اور بعض دیگر سبز یوں میں۔ شحم کثرت سے کھانا۔ بامغ اور جل۔ تجربی حیوانوں میں حیاتین ۱ اور ج کا فقدان خواہ کثرت سے آئیوڈین موجود ہو (47)۔ کائرو عورتوں اور نوعمریوں میں نہایت عام ہے۔ غیر کائیری اضلاع میں واقع ہونے والے انفرادی الحدوث کائروں کی توجہ بھی انھیں اصول پر کیجا سکتی ہے۔ مقامی الحدوث کائرو اکثر مخاطی اذیہا اور قنات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔

امراضیات۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے آئیوڈین کی قلت غدے کی فعالیت کو تحریک پہنچاتی ہے جس کے ساتھ ہی افزائی خلیات کا تکاثر ہو کر لیفی ہیکل اور دموی رسد کی زیادتی اور کولائیڈ کی غیر موجودگی یابی جاتی ہے۔ اس عمل کے کسی بھی درجہ میں غدے کی حالت میں حکس واقع ہو کر شفا کامل ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ اس فعال درجہ کے چند سال بعد دو اقسام کا انحطاط واقع ہو جائے :- (الف) خلیات کا ذبول ہو کر ان کے بجائے لیفی نامضات پیدا ہو کر لیفیت اور دوسری تنگوین ہو یا (ب) غدے کی بڑی کلانی واقع ہو کر انس کے ساتھ اس کے کولائیڈ میں زیادتی ہو جائے،

(کولائڈی گائٹروں) یہ سابقہ فعالیت کے زمانہ کے بعد جو کہ آیوڈین کی ضرورت کے باعث پیدا ہوا تھا، غده کا استراحتی درجہ ہے، کہ جس میں کولائڈ اور آیوڈین جمع ہو جاتے ہیں۔ درقیہ کے غدی سلعات خلوی باقیات (cell rests) سے پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ اسی تہیج کے تحت بڑھ جاتے ہیں کہ جس سے کولائڈی گائٹروں پیدا ہوتا ہے۔ کولائڈی گائٹروں سے غدی سلعات کی تفریق پورے طور پر واضح نہیں اور درمیانی امثال عام ہیں۔ غدی سلعات بھی عکس، ذبول، دویری تکوین یا کولائڈی تکوین کے وہی مدارج طے کر سکتے ہیں جو سارے غدے میں واقع ہوا کرتے ہیں۔ بالعموم غدی سلعات متعدد ہوتے ہیں اور سن بلوغ کے قریب قریب ہمو یا ب ہوتے ہیں۔ گائٹروں کی جسامت گردن کے دونوں جانب ایک اوسط درجہ کے اُبھار سے لے کر ایک ایسے تودہ تک جو بندھی ہوئی مٹھی یا جینی سر کے برابر ہو اختلاف پذیر ہوتی ہے اور وہ عظم القص کے بالائی حصے کے سامنے لٹکا ہوا ہوتا ہے۔ ان گائٹروں کی طرح جو سوزر لینڈ اور سیوائی میں اس قدر عام طور پر پائے گئے ہیں۔ لمفی غده آسا گائٹروں میں غده کے اندر سرعلی قرینیت اور لمفی خلیات کا اجتماع اور بالآخر لیفیت پائی جاتی ہے۔ حیاتین کی قلت اس کا ایک سبب ہے۔

علامات - اکثر گردن کی کلانی اور پری کا احساس ہی تنہا علامات ہوتے ہیں۔ اگر گائٹروں بہت بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مری پر دباؤ پڑنے سے عسر البلع یا قصبۃ الریہ یا باز گرد خجری اعصاب کے انضغاط کی وجہ سے بہر موجود ہو۔ اگر بڑھے ہوئے غدے کے مقامی اثرات کے علاوہ کوئی دوسرے علامات ہوں تو وہ درقیہ کے فعل کی تخفیف یعنی قلیل درقیہ پر دلالت کرتے ہیں (ملاحظہ ہو مخاطی اُذیمیا)۔ کولائڈی گائٹروں اساسی تحول طبعی یا قدرے گھٹا ہوا ہوتا ہے۔

سرطان عموماً اوجھڑ عمر کے بعد ہوتا ہے اور ایک سخت، سریع النمو سلسلہ پیدا کر دیتا ہے، جو گرد و پیش کے حصوں میں در ریز ہو کر اُن پر دباؤ ڈالتا ہے۔ جب گائٹروں کا سبب سرطان یا لمفی سلسلہ ہوتا ہے تو عموماً غدے کے افعال جاری رہتے ہیں۔ اور اگر ایسی حالت میں داخلی اعضا میں ثانوی البیدیں موجود ہوں تو درقیہ کے امتیصال کلی سے مخاطی اُذیمیا نہیں پیدا ہوتا۔

تفتیخص کسی کلانی کی درقیہی نوعیت اس سے ثابت ہوتی ہے کہ وہ بچکنے کے محل کے دوران میں حجرہ کے ساتھ ساتھ اوپر اور نیچے حرکت کرے۔

علاج - مقامی المحدث گائٹر کے رقبوں میں حفظاً تقدم کا طریقہ یہ ہے کہ موسم بہار اور موسم خزاں میں دس دن تک روزانہ ۱۰ گرام سوڈیم یا پوٹاسیم آیوڈائیڈ استعمال کیا جائے۔ سوئزر لینڈ کی ریاست اپین زیل (Canton of Appenzell) میں نمک کے ہر کلو گرام کے ساتھ ۲۵ تا ۵۰ گرام پوٹاسیم آیوڈائیڈ شامل ہوتا ہے تاکہ تمام باشندوں کو اس کا کچھ حصہ ضرور پہنچ جائے۔ غذائی غیر طبیعی حالتیں جو کہ بحث اسباب میں بیان کی گئی ہیں، درست کر دینی چاہئیں۔ دوران حمل میں ماں کا علاج کرنے سے بچہ میں پیدائشی گائٹر روکا جاسکتا ہے۔ گائٹر کے ابتدائی ترین درجہ کے علاج میں اس وقت جب کہ غذائی سلعات موجود نہیں ہوتے، آیوڈین کا داخلی استعمال صغیہ کی صورت میں روزانہ ۲ یا ۳ قطروں کی مقداروں میں کیا جاسکتا ہے۔ آیوڈین کے استعمال سے غذائی سلعی گائٹر کے فعل کی کثرت ہو گئی ہے، اور ممکن ہے کہ آیوڈین کا مزید استعمال کئے بغیر بیش درقیت سالہا سال تک جاری رہے۔ آیوڈین حقیقی مجموعی گائٹر کی بیش درقیت کو زیادہ نہیں کرتی۔ نمونافستہ کو لائڈی گائٹریس آیوڈین کا علاج چنداں کامیاب نہیں، اور خلاصہ درقیہ کو آزمانا چاہئے۔ نہایت سخت اور نہایت بڑے گائٹروں میں اور جدید مرض میں بشرطیکہ یہ کافی ابتدائی درجوں میں شناخت کر لئے گئے ہوں، جراحی تدابیر کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ تدابیر یہ ہیں کہ کلبہ بند رسولی کا انقاف کر دیا جائے اور غدے کے بیشتر حصے کو نکال دیا جائے۔ رائجی شعاعیں بھی استعمال کی جاسکتی ہیں۔

482

مجموعی گائٹر

(exophthalmic goitre)

(Graves' disease = مرض گریو)

(Basedow's disease = باسڈو کا مرض)

اس مرض کو جو غددوں میں مریض کے نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہے ۳۱ اور اکی

نسبت سے) (18) 'ابتداءً ۱۸۳۵ء میں ڈبلن کے ایک طبیب گریوز (Graves) نے اور ۱۸۴۵ء میں ایک جرمن طبیب باسڈاؤ (Basedow) نے بیان کیا۔ اس کے نمایاں علامات یہ ہیں: - کرات چشم کا باہر کو بروز کرنا، غده درقہ کی کلائی، قلب کے فعل کی کثرت وقوع، اور لرزش۔

بحث اسباب۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو اس مرض کی اسبابیں دو گروہوں میں تقسیم کی جاسکتی ہیں۔ لیکن ان دونوں گروہوں کے درمیان کوئی واضح فرق نہیں ہے، اور ان کی تفریق کو کس قدر مصنوعی تصور کیا جاتا ہے۔

(۱) اولی جھوٹی گاٹرو (primary exophthalmic goitre)۔

اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے اور فترات اور اشتدادات بار بار ہوتے ہیں۔ تنفسی تبادلاً یا اساسی تحول کی شرح میں بھی تناظر تغیرات ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 459)۔ اساسی تحول کی شرح شدت مرض کے دوران میں بلند ہوتی ہے، اور تخفیف مرض کی حالت میں کم۔ یہ مرض عموماً نوعمر اشخاص میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات عصبانی رجحان پہلے سے موجود تھا، جیسا کہ ہسٹیریا (hysteria) یا صرع (epilepsy) یا خاندانی دماغی مرض سے ظاہر ہوتا ہے۔ چند اصابتوں میں یہ مرض کسی جذباتی یا دماغی اشتعال، بلکہ سر میں راست تضرر لگنے کے بعد بھی جلد ہی پیدا ہو گیا ہے۔ دوران جنگ میں اکثر اوقات فوج کے سپاہیوں میں بیش درقیت دیکھی گئی، جو شدید دماغی بار کی وجہ سے پیدا ہو گئی۔ بعض اوقات اس مرض میں ایک موروثی تعلق بھی مشاہدے میں آیا ہے۔ مثلاً یہ ماں اور بیٹے یا بیٹی میں دیکھا گیا ہے۔ اس سے بھی زیادہ اکثر یہ اُسی خاندان میں بھائیوں اور بہنوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہ واقعہ کہ دوران جنگ میں جرمنی میں جھوٹی گاٹرو کا حدوث کم ہو گیا تھا، اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ غذائی افراط اس کے پیدا کرنے میں مدد ہو سکتی ہے (19) انگلستان اور ویلز میں جھوٹی گاٹرو کی توزیع ایک حد تک مقامی الحدوث گاٹرو کی توزیع سے مشابہ ہے۔ یہ حدوث شہروں کے نسبت دیہاتی اضلاع میں زیادہ ہوتا ہے (10)۔

(۲) ثانوی مرض گریوز (secondary Graves' disease)۔

درقہ کے سابقہ توڑم کی سرگذشت ملتی ہے جو یہ بتاتی ہے کہ کچھ عرصہ سے غده میں فرس

تغیرات ہو رہے ہیں۔ افزا ط فعل کے علامات اکثر بنیتیں یا چالیس سال کی عمر کے قریب نمودار ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ غدی سلمہ کی حالت میں آیوڈین کے استعمال سے پیدا ہو جائیں۔ یہ مرض ایسے علامات کے ساتھ جو تبدیلیج زیادہ شدید ہو جاتے ہیں سالہا سال تک جاری رہ سکتا ہے۔ فترات نہیں ہوتے۔ تنفسی تبادلہ میں آہستہ آہستہ برابر زیادتی ہوتی جاتی ہے۔ جھوٹا المین اکثر بہت نمایاں نہیں ہوتا۔ قلب کی بے نظمیوں جیسے کہ آؤنی ریشکی انقباض کا خاص احتمال موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض ابتداءً فشل قلب کے لئے مشورہ کا طالب ہو۔ جب درقیہ کے غدی سلمہ کی شہادت موجود ہوتی ہے تو ان اصابتوں کو اکثر سمی غدی سلمہ (toxic adenoma) کہتے ہیں۔

امراضیات۔ یہ مرض اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ درقیہ کی بیش پرورش کی وجہ سے تحائر اکسین کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اس کے علامات انہیں علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو خلاصہ درقیہ کی بڑی متادوں کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں، نیز یہ کہ وہ مخاطمی اذیما کے علامات سے متضاد ہوتے ہیں اور یہ کہ بیش پروردہ درقیہ کے جزئی اکتیصال کے بعد مریض کی حالت میں اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن عرصہ دراز سے اس امر میں بحث چلی آتی ہے کہ آیا یہ مرض محض طبی تحائر اکسین کی حد سے زائد پیدائش کی وجہ سے ہوتا ہے یا اس وجہ سے کہ اس تحائر اکسین میں کوئی تبدیلی ہو جاتی ہے مثلاً اس کے سالمہ میں معمول کے نسبت کم آیوڈین ہونا یعنی یہ بحث کی گئی ہے کہ اس حالت میں ایک حقیقی بیش درقیت (true hyperthyroidism) ہوتی ہے یا درقیہ سمیت (thyrotoxicosis)۔ آخر الذکر رائے کی تائید میں یہ دلائل ہیں کہ جانوروں کو درقیہ کی زیادتی دینے سے علامات جو بھو نہیں پیدا کئے جاسکتے، یعنی جھوٹا المین نہیں پیدا ہوتا۔ مزید برآں بعض اصابتیں ایسی ہیں جن میں بیش درقیت اور مخاطمی اذیما کے علامات ایک ساتھ موجود معلوم ہوتے ہیں۔ لیکن اس کے یہ معنی ہونا لازمی نہیں کہ یہ دونوں مرض ایک ساتھ موجود ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ بیش درقیت کے علامات سابقہ بیش فعالیت کے باقیات ہوں جو اب مردہ ہو چکی ہے۔ جملہ دوسری رائے کی تائید میں کافی ثبوت موجود نہیں ہے۔ اغلب ہے کہ بعض

اصابتوں میں درقیہ کی فعالیت اس کے اس ہیجان سے پیدا ہوتی ہے جو کہ مقدمی نچامیہ (ملاحظہ ہو) کے بھیج دتی ہارمون کی کثرت سے واقع ہوتا ہے۔

درقیہ ششہ مشار کی کا بھیج، جگر سے گلا کو جن کی زیادہ ترسل، اونٹنسی تبادلہ کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔ مریض انسولین کے نہایت متحمل ہوتے ہیں جو گلا کو جن کی ترسل کو مدد و دکر کے متھائر اکسین کی مضادات کرتی ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ جہاں تک جگر پر اثر کا تعلق ہے، ذیابیطس اور جھونلی کا ٹر دونوں ایک دوسرے سے مشابہ ہیں۔ لیکن ان کا اثر عضلات پر نہایت مختلف ہوتا ہے، کیونکہ وہاں جھونلی کا ٹر میں شکر جلائی جاتی ہے لیکن ذیابیطس میں یہ جلائی ٹری حد تک رکا ہوا ہوتا ہے (15)۔ مشار کی کا یہ تہیج جھونڈا العین، امارت و آن گریفی (von Graefe's sign)، سرعت ضربات قلب اور پسینہ آنے کا سبب ہو سکتا ہے۔ کیا ن (Cannon) کے مشہور تجربہ میں ملی کا عصب حجابی اسی جانب کے عنقی مشار کی سے ٹانک دیا گیا۔ اس طرح پسہ اکرده بھیج مشار کی نے اسی جانب پر جھونڈا العین پیدا کر دیا۔ اس جھونڈا العین کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ یہ عضلہ ٹنر کے ہیجان کے باعث واقع ہوتا ہے، جو مجر میں اثر کرنے والی جھلی میں وتدی فکی ستاق پر واقع ہے۔ لیکن انسان میں یہ عضلہ ناقص المنو ہوتا ہے، اور چند منتشر ریشوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ دوسرا مکان یہ ہے کہ اذیمائی سیال کرات چشم کو آگے کے طرف دھکیل دیتا ہے، (کیونکہ عضلات مستقیمہ چشم کا اذیمائی پایا گیا ہے) اور پھر اس کے بعد وہاں چربی کا ثانوی جماؤ ہو جاتا ہے۔

نخول بلند تغضی تبادلہ کے باعث ہوتا ہے، اور ساتھ ہی غذائی اخلاعات کے سبب سے جو اخذاب میں مزاحم ہوتے ہیں۔ جب چربی کے گودام ختم ہو چکے ہیں تو پروٹین کام میں لایا جاتا ہے، چنانچہ پروٹینی شکست و ریخت بھی غیر طبعی طور پر بلند درجہ کی ہوتی ہے۔ لیکن زیادتی احتراق کے باوجود جسمانی تپش بلند نہیں ہوتی (مگر کبھی کبھی) کیونکہ پسینہ کی افراط کے باعث جسم سے حرارت کا نقصان زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیلیم کا نمایاں اخراج ہوتا ہے نہ صرف پیشاب میں بلکہ براز میں بھی حقیقت میں ایک تندرست موضوع میں کیلیم کا افراغ درقی خلاصہ کے ذریعہ اس سے

زیادہ آسانی کے ساتھ انجام پاتا ہے کہ جتنا پیرا تھارمون یا تریٹوں کے ذریعہ بیش نزد رقیہ کے خلاف (جو کہ ملاحظہ ہو) دومی کیلیم بالکل مرتفع نہیں ہوتا بلکہ حقیقت میں بہت ہوئے کارجمان رکھتا ہے (گو کہ نزد رقیہ کی کمی میں درقی خلاصہ سے دومی کیلیم بلند ہو جاتا ہے)۔ لاشعاعی امتحان پر ہڈیاں کیلیم کی قلت ظاہر کر سکتی ہیں (21)۔

مرضی تشریح - حویلی اور سختی بافت کے خلیات میں نکا شروع ہوتا ہے۔ حویلات کے مافہا اپنی کو لائڈی نوعیت کھو کر مخاطی اور ذراتی ہو جاتے ہیں۔ نسبتاً بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ غده لیفی یا دویری ہو جائے۔ اولی مجموعی کانٹر میں یہ تغیرات سارے غده کے اندر منتشر ہوتے ہیں۔ ثانوی گریوز کے مرض میں غده کے بعض حصے خالی ظاہر کرتے ہیں۔ دوسرے حصے کو لائڈی تندخیز لیفیت اور دویری کوین ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ متین غدی سلعی تغیرات ہوں یا نہ ہوں۔

غده تیموسیہ اکثر باقی ہوتا ہے اور بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ طویل المدت اصابتوں میں درقی سمی التهاب عضلہ قلب (thyro-toxic myocarditis) کے ساتھ عضلی ریشوں کا تنخر اور زجاجی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (20)۔

علامات - ممکن ہے کہ علامات یکایک طاری ہو جائیں، لیکن عموماً وہ کیس قدر تدریجاً ہی نمودار ہوتے ہیں، اور بالعموم قلبی علامات پہلے ظاہر ہوتے ہیں اور کرات چشم کا بروز اور درقیہ کا تورم چند مہینوں بعد ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی ان کے ظہور کی ترتیب مختلف ہو، یا تین خاص علامتوں میں سے ایک یا دوسری غیر موجود ہو۔ لیکن دوران خون کے متعلق شکایت متقل ترین ہوتی ہے۔ کامل نمو یافتہ مرض میں قلب تیزی اور قوت کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ صدم القلب غیر معمولی طور پر بڑے رقبہ پر محسوس ہوتا ہے۔ سباتی اور بڑی شرائین کا نبضان بڑی قوت کے ساتھ ہوتا ہے، اور مریض قلبی ضرب اور شریانی تیک دونوں کی شدت کو محسوس کرتا ہے۔ نبض ۴۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ برقی قلبی نگارش اکثر طبعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ اُذینی ریش کی انقباض یا ایک

طویل فاصلہ موجود ہو، اور ن اور ف موجیں جسامت میں ایک دوسرے کے برابر ہوں (20)۔ گاہے گاہے قلبی مدد دینی دیکھی جاتی ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ ڈیجیٹالس بڑی مقداروں میں دیا گیا ہو۔ قلبی اختلال کے لحاظ سے مریض کو سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ رفتہ رفتہ قلب بیش پروردہ اور ازاں بعد تسخ ہو جائے۔ عموماً شرح نبض کے تغیرات کے بالکل ساتھ ساتھ آسانی تحول کے مناظر تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات مرض کی فعالیت مرہ ہو جانے کے بعد بھی نبض قلب کے متضرر ہو جانے کی وجہ سے بلند رہتی ہے، چنانچہ آسانی تحول ہی غده کی فعالیت کی زیادہ قابل اعتبار تصویر پیش کرتا ہے۔ جسم سرد مرقی کی کلانی متشاکل اور عموماً متوسط الابعاد ہوتی ہے، شاذ ہی اُس کلانی کے برابر ہوتی ہے جو نسبت بڑے مقامی گائٹروں میں دیکھی جاتی ہے۔ اگر اُس پر ہاتھ رکھا جائے تو ایک ذبذبہ محسوس ہو سکتا ہے (جو اُس کے مقع عروق دمویہ کے اندر خون کی حرکت کی وجہ سے ہوتا ہے) اور مسامع الصد سے ایک انکماش خریسنا جاسکتا ہے۔

کرات چشم کا ابھونا (محوظ العین تبدل العین) اور اجفانی شقاق کا چوڑا ہونا اس مرض کی نہایت ممتاز و تمیز خصوصیت ہے جس سے مریض کی شکل ناگوار اور خوف زدہ بن جاتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے گویا اس کی ٹکٹکی لگی ہوئی ہے۔ یہ دونوں آنکھوں کو موقوف کرتی ہے اور اس درجہ تک پہنچ سکتی ہے کہ صلیبہ قرنیہ سے اوپر اور اس سے نیچے دونوں جگہ نظر آتا ہے اور پوٹے یا اس آکر باہم مل نہیں سکتے۔ اُس وقت بھی جب کہ پوٹے ارادی دو پر بند کئے جاسکتے ہیں ممکن ہے کہ وہ نیند کے دوران میں ایک دوسرے سے علیحدہ نہ جھکیں اور اگر محووظ العین انتہائی ہے تو ممکن ہے کہ تکشف کا یہ نتیجہ ہو کہ قرنیہ کی خراش اور تقرح پیدا ہو جائے۔ آنکھ بہت کم بار جھپکتی ہے (امارت اسٹیل ویک = Stellwag's sign)۔ محووظ العین کے ساتھ ساتھ کرہ چشم اور بالائی پوٹے کے حرکات میں یکسانی کی عدم موجودگی ہوتی ہے، چنانچہ جب مریض نیچے دیکھنے کے لئے کرہ چشم کو نیچے کرتا ہے تو بالائی پوٹہ اُسی مناظر حد تک نیچے نہیں پہنچتا

(امارت گریفی = von Graefe's sign) - یہ امارت ہر اصابت میں موجود نہیں ہوتی، اگرچہ یہ بعض اوقات آنکھ کے بروز سے پہلے ہی دیکھی گئی ہے۔ لیکن اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ جب یہ موجود ہو تو اہم ہے، کیونکہ یہ دوسرے اقسام کے جھوٹا لین میں نہیں واقع ہوتی۔ عضلات متقاربہ کی کمزوری بھی موجود ہو سکتی ہے (امارت موبیئس = Mobius' sign) اور بعض اصابتوں میں دو نظری یا بعض یا تمام عضلات چشم کا واضح شلل بھی موجود ہو سکتا ہے۔ حد قد اور توفیق غیر متاثر رہتے ہیں اور چشم بین سے بے حد پر اور پیچہ اربکیتی اور دہ کے سوائے اور کوئی چیز ظاہر نہیں ہوتی۔

چوتھی اور نہایت مستقل علامت جوارح کی بلکہ سارے جسم کی کم و بیش مسلسل نازک سی لرزش ہے۔ عضلی کمزوری اور درد بھی نہایت متمیز ہوتے ہیں۔ مریض کو گھٹنے پھیلانے میں وقت ہوتی ہے، لہذا زینہ چڑھنے کا عمل صرف جنگلے یا کٹرے کو بازوؤں سے دبا دبا کر ہی انجام دیا جاسکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ بازوؤں اور دھڑ کے عضلات بھی ماؤف ہو گئے ہوں۔ ممکن ہے کہ ایک شام وسیع پھیلا ہوا استرخا ہو اور رات بھر بستر میں گزارنے کے بعد دوسرے دن صبح کامل شفا ہو جائے۔

مریض چڑچڑاہے چین یا ہٹیر یا بی ہو سکتا ہے لیکن عظیم الدہم نہیں ہوتا۔ بعض اصابتوں میں مایو لیا، توہات بلکہ مانیاتک ہو گیا ہے۔ اور تکرز کبھی کبھی واقع ہو جاتا ہے۔ توجہ یا کسی اشتعال سے عصبی اضطراب اور قلبی فعل میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی معتدل درجہ کی تپ بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بعض مریضوں میں جلد کے مختلف کوئی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں، جیسے کہ معتدل درجہ کی سمرت، گلف یا برص۔ مختلف مریضوں میں حرارت کا ایک موضوعی احساس سر اور گردن کی تنہا ہٹ، پسینہ اور وقفہ دار البیومن بولیت بھی دیکھے گئے ہیں۔ مریضوں کو اکثر اسہال کے حملے ہو جایا کرتے ہیں، جن کے ساتھ کبھی کبھی تھے بھی ہوتی ہے۔ بعض اوقات بیش شکر دمویت کی وجہ سے شکر بولیت ہو جایا کرتی ہے۔ یعنی یہ کہ مریض شکر کی طبی مقدار نہیں لے سکتا بنیہ اس کے کہ وہ پیشاب میں ظاہر ہو۔

بعض اوقات اس کے بعد حقیقی ذیابیطس شکاری ہو جاتی ہے، اور گریوز کے مرض کے مریض بعض اوقات ذیابیطسی قوما سے ہلاک ہوئے ہیں۔ تاہم حالت فاقہ کی دہری شکر عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے۔ مگر برداشت شکر کے سختی میں کیس قدر تاخیر پائی جاتی ہے۔ وقتاً فوقتاً علامات میں اشتداد کا امکان ہوتا ہے۔

485 تشخیص - ابتدائی درجوں میں، جھوٹا المعین یا ورقیہ کا تورم ظاہر ہونے سے پہلے تشخیص میں وقت پیش آتی ہے۔ اس مرض کو تمدن سے تمیز کرنا چاہئے۔ مواعظ سرعت ضربات قلب سے، جب کہ برقی قلبی نگارش طبعی ہو اور بالخصوص جب کہ پسینہ بھی آتا ہو، اس مرض کا اشارہ ہوتا ہے۔ تاہم اذینی ریشکی انقباض ثانوی مرض گریوز میں عام ہوتا ہے۔ تنفسی تبادلہ کی تخمین کی جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 459)۔ دہری کیلیم کا ۹ ملی گرام یا اس سے کم ہونا، اور عضلی انقباض کے لئے دہلیز تحریک پذیری کا ۲۰ ملی ایمپیر سے کم ہونا بھی اشارہ کن ہے۔

انذار - حال ہی میں کیمل (Campbell) نے ۱۲۷ مریضوں کی رودادوں پر از ابتدا انتہا غور کر کے انکا نتیجہ کیا ہے، جن کا طبی علاج کائیز ہسپتال میں ۱۹۰۶ء اور ۱۹۱۷ء کے درمیان کیا گیا۔ اس کے نتائج نہایت قریبی طور پر ایسی ہی ایک تحقیقات کے مطابق پائے گئے جو پہلے ہیل و ہاٹ (Hale White) نے انجام دی تھی۔ اس عرصہ کے اختتام پر ۵۰ فی صدی مریض بالکل اچھے تھے۔ ۳۰ فی صدی تقریباً اچھے تھے اور پورے دن کا کام کرنے کے قابل تھے لیکن ان میں ایک یا دو امارتیں خفیف طور پر جاری رہیں۔ ۲۴ فی صدی بہت بہتر حالت میں تھے اور ہلکا کام کرنے کے قابل تھے۔ ۱۳ فی صدی کی حالت میں اصلاح نہیں ہوئی یا ان کی حالت بدتر تھی۔ ۵ فی صدی اس مرض سے ہلاک ہو گئے۔ اگر عملیہ یا عمیق لاشعاع کے ذریعہ علاج عمل میں لایا جائے تو انذار میں بہت اصلاح واقع ہوتی ہے۔ ۶۰ فی صدی اصابتوں میں مریض بغیر تکلیف کے پورا کام کرنے کے قابل ہو جائیگا۔ (49 '50)۔

علاج - غذا ایسی سادہ کام میں لانا چاہئے جس سے میری حاصل ہو جائے اور جس میں کاربوہائیڈریٹ بہ افراط ہو۔ الکحل اور تمباکو ضرر ہونے کا احتمال رکھتے

ہیں۔ چند ہفتوں تک بستر میں آرام کرنے سے مریضوں پر یقیناً مفید اثر ہوا ہے۔ اکاؤن مریضوں کے ایک سلسلہ میں جن میں صرف یہی علاج کیا گیا، تین چوتھائی کا اساسی تحول چھ مہینے کے اندر ۸۰ فی صدی سے نیچے ہو گیا (۴)۔ جب مریض لٹنے لگیں تو انھیں نہایت خفیف ورزش کی اجازت دینی چاہئے۔ لیکن آرام بہت لینا چاہئے۔ جھونپی کا ٹیڑھے مریض انسولین کے متحمل ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ مریض کو معمولی غذا پر رکھ کر انسولین کے ۱۵ یا ۲۰ یونٹس دن میں دوبارہ دینے سے کچھ فائدہ حاصل ہو جائے جس کے ساتھ ۱۶ گرین پیرا تھا رائڈ براہ دہن دن میں تین بار دئے جاتے ہیں (28)۔ حد قیہ پر برف لگانے سے تسکین حاصل ہوتی ہے۔

در قیہ کی فعالیت کم کرنے کے دو خاص طریقے ہیں: — یعنی (۱) گہری لاشعاعیں (۲) عملیہ کے ذریعہ غدے کا استیصال جس سے پہلے بعض اوقات ایک یا دونوں در قی شرائین کی گرہ بندی عمل میں لائی جاتی ہے۔ لاشعاعیں عموماً ابتداء مرض میں استعمال کی جاتی ہیں اور اگر ان سے کوئی اصلاح یا افادہ نہ تو بعد میں عملیہ کے متعلق غور کیا جاسکتا ہے۔ لاشعاعی علاج زیادہ طویل عرصہ تک کر پنے سے مابعد علاج بالعملیہ زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ حقیقی جھونپی کا ٹیڑھے میں محلول لوگال (Lugol's solution) (۵ فی صدی آیوڈین، پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے ۵۰ فیصد محلول میں) کے ۵ قطرے روزانہ دینے سے عارضی طور پر بڑا فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔ اس سے تحول ایک یا دو ہفتوں میں گر کر طبعی درجہ پر ہو جاتا ہے۔ یہی نتیجہ آیوڈین کے ۵۰ فی صدی الکحلی محلول سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس کی متاد ۵ قطرے روزانہ دئے اور اسے ایک یا دو ہفتے کے بعد ۳ یا ۴ قطرے تک گھٹا دیا جاتا ہے (32)۔ یہ علاج قبل العملیاتی علاج کے طور پر بہت نفع بخش ہو سکتا ہے اور اسے لاشعاعی علاج کے ساتھ ساتھ بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

مخاطی اُذیما

(myxoedema)

(بے در قیہ ضعیفہ = cachexia strumipriva)
مخاطی اُذیما اور قماست (cretinism) غده در قیہ کے اُس مرض کے نتائج میں
جس سے اُس کے افزائش کی قلت پیدا ہو جاتی ہے (ناقص در قیہ)۔ قماست پیدائشی
ہوتی ہے۔ مخاطی اُذیما بعض اوقات بچپن میں پیدا ہو جاتا ہے (طفولی مخاطی) اُذیما
(juvenile myxoedema) لیکن زیادہ عام طور پر وہ مابعد زندگی میں ہوا کرتا

۴۔ بحث اسباب۔ مخاطی اُذیما مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت
زیادہ عام ہے، اور مریضوں کی اکثریت میں علامات تیس اور پچاس سال کی عمر کے
درمیان شروع ہوتے ہیں، اگرچہ وہ اس قدر جلد کہ ساڑھے آٹھ سال کی عمر میں اور
اس قدر دیر سے کہ ۶۷ سال کی عمر میں بھی شروع ہونا پائے گئے ہیں۔ موروثیت کی بعض
دلائل بھی دیکھی گئی ہیں، اور یہ زیادہ تر اکثر مفلس جماعتوں میں دیکھا گیا ہے۔ اُن
اضلاع میں جہاں گائٹرائک مقامی المحدث مرض ہے، قلیل در قیہ کی تمام
قسمیں عام ہیں۔

مرضی تشریح۔ جلد میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ پسینہ کے غدود دہنی غدود
اور شعری جراثیم کے قرب و جوار میں نواتی نکاثر اور اتصالی بافت کا نمو ہوتا ہے۔
جلد کا جیلا تینی اور اُذیما ہونا جسے اُرد (Ord) نے مخاطی اُذیما کا نام دیا تھا،
صرف چند بار ہی مندرج ہے۔ تحت الجلدی شحم کی خاصی مقدار ہوتی ہے۔

جسم مدتی اپنی طبعی جامت سے گھٹ کر نصف یا ایک تہائی ہو جاتا ہے۔
وہ پھیکے، زردی مائل یا زرد رنگ کا، اور لودار یا متصلب، لیفی یا ساخت ربوہ
ہو جاتا ہے۔ غده بالخصوص لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے، جس میں ظلیات کے منتشر کردہ
ہوتے ہیں، جو عیلات کے باقیات ہیں۔ اور بالآخر کثیف لیفی بافت کے سوا
اور کچھ باقی نہیں رہتا۔ جسم نحاسی بڑا، یا بعض اصابتوں میں بڑا اور انحطاط یافتہ

ہوتا ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں فوق اکلے مذبول تھے۔ صلابت شریانی اور عضلہ قلب کا انحطاط عام ہیں۔ کیلیسیم کی برآمد کم ہو جاتی ہے۔

علامات۔ یہ ابتداءً غیر محسوس ہوتے ہیں، چنانچہ بیشتر اصابتوں میں مرض تا وقتیکہ وہ غیب نہ ہو یا قفہ نہ ہو جائے معلوم نہیں ہوتا۔ پھر مریض کی شکل تمیز ہوتی ہے۔ چہرہ بے اظہار شلل ابتداءً ہی سے ملتا جلتا ہوتا ہے۔ ناک پھوٹے، اور لب پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ چہرہ کی جلد میں نہایت مینر اور مخصوص جھریاں پائی جاتی ہیں۔ رنگ نمایاں طور پر زرد ہوتا ہے اور ساتھ ہی ہر کال پر ایک کسی قدر تیز سرخ چمکتی ہوتی ہے، اور لب گہرے سرخ یا تقریباً گہرے ہو جاتے ہیں۔ جسم کی جلد عام طور پر موٹی ہو جاتی ہے، اور ٹانگوں اور پاؤں کی شکل قدرے اذیمائی ہوتی ہے، اگرچہ بہت سی اصابتوں میں (سب اصابتوں میں نہ سہی) تنقیر بالکل نہیں ہوتی۔ ہاتھ کی شکل میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، وہ بعد سرخی ہڈیوں کے سروں کے مقابل زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے، اور انگلیاں موٹی اور یکساں شکل کی ہو جاتی ہیں۔ اس تغیر کو ”پھاوڑے جیسے“ (”spade-like“) کا نام دیا گیا ہے، جو بہت زیادہ مینر نہیں۔ پاؤں بھی اسی طرح ماؤف ہو جاتے ہیں۔ پسینہ کم آتا ہے یا بالکل نہیں آتا، جلد خشک اور چھلکے دار ہو جاتی ہے، بال جھڑ جاتے ہیں جس سے سر پر محض ایک پتلی سی پوش رہ جاتی ہے، یا جلد الراس کا حقیقی گنج (جبھی صلحہ) = ”frontal alopecia“ او گسووری گردن = ”cassowary neck“ اور بھوؤں کی بیرونی تہائی کا گنج (”امارت ابرو“ = ”eyebrow sign“) اور پلکوں کا گنج پیدا ہو جاتا ہے۔ ناخن ٹھنڈے کر بھر بھرے ہو جاتے ہیں۔ مخاطی اعشیدہ بھی یہی تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ بہر حال لہات اور نرم تالو متورم ہوتے ہیں، اور زبان بڑی اور موٹی ہوتی ہے۔ مزید برآں دانت بوسیدہ یا ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔ مریض کا عصبی نظام وہ دوسری چیز ہے جو جاذب توجہ ہوتی ہے۔ وہ سست اور بے پروا نظر آتی ہے، معمول الخیال اور معمول الحوکت اور اکثر بھری ہوتی ہے۔ وہ سستی کے ساتھ اور سوچ سوچ کر بولتی ہے، گویا کہ اس کی موٹی زبان نطق میں میکافی طور پر مزاحم ہوتی ہے، لیکن تکلم کے ساتھ آنکھوں کے حرکات اور اظہار کے عضلات کے حرکات کی سستی سے ظاہر ہوتا ہے۔

عصبی عضلی آلہ میں بھی خرابی ہو گئی ہے۔ احوال کے متورم ہو جانے کی وجہ سے آواز سہل درجہ ارتفاع رکھتی ہے اور بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ جہاں تک ذہن کا تعلق ہے حافظہ ناقص ہوتا ہے۔ مریضہ اکثر جڑ چڑی یا شکی، یاسست اور خواب آلودہ ہوتی ہے۔ اور مریضوں کے کچھ تناسب میں توہمات، اعتباطات اور شجاعت دیکھے گئے ہیں۔ لیکن یہ کہ درد سر اور ریشتی دروں کی شکایتیں بھی کی جائیں۔ بعض اوقات تکرر اسی طرح ہو جاتا ہے جس طرح کہ وہ در قیہ کے عملیتی استیصال کے بعد ہوتا ہے۔ پیش بیشتر تحت الحاد ہوتی ہے، مریضہ کو سردی کی شکایت باسانی ہو جاتی ہے، اور اس کے ہاتھ پاؤں اکثر سرد اور نیلے ہوتے ہیں۔

نبض کمزور یا سست ہوتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلبی عرقی مرض ہوتا ہے اور مفقود یا مرتکس ن موج اور پست و ولٹیج کی برقی قلبی نگارش حاصل ہوتی ہے، اور صلابت شریانی موجود ہوتی ہے۔ اور پیشاب رقیق ہوتا ہے اور بربا اوقات اس میں تھوڑا البیومن موجود ہوتا ہے۔ امتحان خون سے خرد خلوی عدم دمیت ظاہر ہوتی ہے جس کے ساتھ سرخ خلیے گھٹ کر ۳۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں اور ہیموگلوبین بھی متناظر درجہ کم ہو جاتی ہے۔ امعا میں قبض ہوتا ہے۔ شکر کی برداشت زیادہ ہو جاتی ہے، چنانچہ اس کی بڑی مقداریں بلکہ بعض اصابتوں میں ۱۰ اونس تک لے لینے سے بھی پیشاب میں کوئی شکر نہیں ظاہر ہوتی۔ عورتوں میں کثرت طمث ہونا عام ہے۔ زیادہ شاذ طور پر عدم طمث ہوتا ہے۔ رُفاف، مسوڑھوں سے خون آنا اور بوا سیر غیر عام نہیں۔ جس کرنے پر در قی غده بالعموم چھوٹا پایا جاتا ہے، اور حلقی غضروف سے نیچے اس جگہ جہاں خاکنائے مونی چاہئے، قصبۃ الریہ کے حلقے جس کے جا سکتے ہیں۔ رفتار مرض سست ہوتی ہے۔ ایسے مریض بھی معلوم ہو چکے ہیں جن میں یہ مرض دس سال یا زائد تک بلا کسی اہم تغیر کے موجود رہا۔ تاہم اس میں شبہ نہیں کہ یہ زندگی کو گھٹا دیتا ہے۔ مریض عضلی قلبی یا صلابت شریانی تغیرات سے، یا ہم رد امراض جیسے کہ ذوات الریہ اور شیمی التهاب سے ہلاک ہو جاتے ہیں، یا عمومی یا عصبی خستگی، انیس بتدریج نشانہ اجل بنا دیتی ہے۔ تشخیص۔ مخاطی اذیا بیشتر اوقات مرض براہٹ یا عضلی قلبی اسخطاط

(myocardial degeneration) کے ساتھ خلط ملط ہو جاتا ہے۔ مگر گواہ مرض میں قدرے البیومن بولیت موجود ہوتا، ہم کلوی و طیفہ طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ برقی قلبی نگارش میں کی غیر طبعی حالتیں علاج سے زائل ہو جاتی ہیں جس سے تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اساسی تحول کے امتحان سے جو نہایت شدید حالت میں محمول سے۔ ہم فی صدی نیچے ہو سکتا ہے، قطعی ثبوت حاصل ہو سکتا ہے۔

علاج۔ تھائرائیڈ ٹیم (thyroideum) (B. P.) جو خشک کردہ غدے سے بنا ہوا ہوتا ہے، آٹا ہ گرین کی معتادوں میں برشامہ کے اندر رکھ کر یا گولی کی صورت میں روزانہ ایک دو بار براہ دہن دیا جاسکتا ہے۔ تالیفی تھائرائکسین (synthetic thyroxin) بھی براہ دہن دی جاسکتی ہے، اور اس کی صغیر ترین روزانہ معتاد ۲۔۵ ملی گرام ہے۔ فحاطی اذیا کی نہایت شدید اصابتوں میں علاج براہ دہن ہمیشہ ہی کامیاب نہیں ہوتا، جس کی وجہ شاید یہ ہو سکتی ہے کہ غذائی خٹے سے انجذاب نہایت سست ہوتا ہے۔ تھائرائکسین کے ایک خاص طور پر تیار کئے ہوئے محلول کا دروں و ریدی اشرب آزما یا جاسکتا ہے، یعنی ۵ ملی گرام فی معتاد کی تین معتادیں ایک ایک ہفتہ کے وقفہ سے۔ لیکن محفوظ طریقہ یہ ہے کہ ایا ۲ ملی گرام کے ایک اشرب سے شروع کریں، کیونکہ ممکن ہے کہ اس کے استعمال کے چوبیس گھنٹے بعد شدید رد عمل ظاہر ہو جائیں، جن کے علامات یہ ہیں:۔ نبض تیز، درد سر، لرزش، متلی، تھکے یا اسہال، اور پشت اور ٹانگوں میں درد۔ ۳:۵ ڈائی آیوڈو تھائرونین (8:5 di-iodothyronine) ایک مادہ جو کہ تھائرائکسین کے ساتھ کیمیائی طور پر متجانس ہے، اور اس سے زیادہ حل پذیر ہے، کامیابی کے ساتھ استعمال کی گئی ہے (51)۔ اساسی تحول کے امتحان کے ذریعہ سے اس علاج پر اقتدار کھنا چاہئے۔ جب اس ذریعہ سے جسم کے اندر تھائرائکسین کا ذخیرہ صحیح مقدار تک بڑھ جائے تو پھر اس کا استعمال براہ دہن جاری رکھا جاسکتا ہے۔ درقہ کو کسی طور سے بھی دیا جائے، مناسب یہ ہے کہ چھوٹی خوراکوں سے ابتدا کی جائے، ورنہ ذہنی علامات یکایک پیدا ہو جانے کا احتمال ہے۔

قُمَات

(cretinism)

قُمَات یورپ کے پہاڑی ملکوں (سوئزر لینڈ، شمالی اطالیہ اور سیوائی) میں اور شمالی ہندوستان (چترال، گلگٹ) میں ایک مقامی المحدث مرض کے طور پر ہوتی ہے، جہاں گاٹری بھی بے انتہا پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اکثر یہ دونوں حالتیں ایک ہی فرد میں یک جا پائی جاتی ہیں۔ فی الحقیقت ان میں کبہ بہت سے قمتاء (cretius) گاٹری ہوتے ہیں۔ میک کیری سن (McCarrison) کو ہندوستان میں ۲۰۸ قمتاء میں سے اٹھاسی گاٹری ملے۔

انفرادی المحدث قُمَات دوسرے قُمَات مثلاً انگلستان میں ہوتی ہے۔ اس کے مبتلاؤں میں درقیہ قلت زدہ ہوتا ہے، یا خفیف سا گاٹری ہوتا ہے۔ امراضیات - فرد اور جماعت میں مقامی المحدث قُمَات کا گاٹری کے ساتھ یکجا پایا جانا، بعض اصابتوں میں درقیہ کی غیر موجودگی اور مغالطی اذیماسے مشابہت یہ سب امور اس مرض اور غده درقیہ کے تعلقات کو ظاہر کرتے ہیں۔ جب مقامی المحدث قُمَات اور گاٹری ایک ہی فرد میں ظاہر ہوتے ہیں تو اول الذکر آخر الذکر سے پہلے ہوتی ہے لہذا وہ اس کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ قُمَات ایک یا دونوں والدین کی گاٹری حالت کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ماں کے درقیہ کا ناقص فعل جنین میں خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ ضرر نزد درقی اور درقی، دونوں اجسام کو موقوف کرتا ہے۔

علامات - قُمَات کے میز خصائص یہ ہیں :- بالیدگی ٹھہری ہوئی، سر بڑا اور چوڑا، چہرے کے خط وخال موٹے، آنکھوں کا ایک دوسری سے بہت دور ہونا، ناک چسپی، منہ بڑا، ابتدائی عمر ہی میں ناہموار اور کھردری جلد میں جھجھکیاں، سینہ تنگ، کھنکھرا ہوا، بالعموم سری فتق، ٹانگیں ٹیڑھی یا خمیدہ، کم ذہنی اتنی زیادہ کہ ابلیہ کی حد تک۔

یہ میز خصائص عموماً زندگی کے پہلے سال کے آخری نصف میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ چلنے کی قابلیت بہت دیر میں حاصل ہوتی ہے، اور بالیدگی کی رکاوٹ

مکن ہے کہ اس قدر ہو کہ ایک بالغ قہمی پانچ یا چھ سال کے بچے سے زیادہ اونچا ہو۔ بلوغ میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے، یا تناسلی وظائف بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔ متکلم کی قوت نہایت آہستہ آہستہ حاصل ہوتی ہے یا بالکل نہیں حاصل ہوتی، اور بعض قہمی بہرے گونگے اور ابلہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں رقص المنقہ، حول اور ٹانگوں کی تنجی استواری پیدا ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات ترقیوں سے اوپر شمی تو دوس سے بنے ہوئے تحت الجلدی سلماٹ پائے جاتے ہیں۔ غطی نظام میں نایاں نقائص موجود ہوتے ہیں۔ اساس قذالی اور اساس وتدی ہڈیاں قبل از وقت متعظم ہو جاتی ہیں۔ لمبی ہڈیاں معمول کے نسبت متعظلاً چھوٹی ہوتی ہیں، ٹانگیں خمیدہ ہو جاتی ہیں، اور گرد غظم سے لیغی بافت مکمل کر ہڈی کے برابر اور پوری کے درمیان بڑھ جاتی ہے۔ پاؤں اور کلائی کی ہڈیوں کے تعظم کے مراکز بہت تاخیر کے ساتھ نمودار ہوتے ہیں۔ ان ساختوں کے شعاع نگاری امتحان مفید ذرائع تشخیص ہیں۔

علاج۔ غلطی اذیمیا کی طرح قماٹ میں بھی خلاصہ در قیہ بہت کامیابی کے ساتھ استعمال کیا گیا ہے۔ اس کے زیر اثر بچوں کی بالیدگی سرعت کے ساتھ ہو کر بافتوں کی اذیمائی در ریزش جاتی رہی، اور بچے زیادہ سمجھدار ہو گئے۔ لیکن یہ تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ بچے کی ذہنی اصلاح کے نسبت جسمانی اصلاح زیادہ آسانی کے ساتھ ہوتی ہے، خاص طور پر اس وقت جب کہ علاج دیر سے شروع کیا جائے۔

488

نزد درتی غدد

(PARATHYROID GLANDS)

نزد درتی غدد وہ چھوٹے اجسام ہیں جو تعداد میں عموماً چار اور در قیہ کے قریب یا اس کے جرم کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ وہ ایک لیغی جال کے اندر سر حلقہ آسا غلیبوں کے گرد ہوں مشتعل ہوتے ہیں، لیکن ان میں در قیہ جیسی حو لیغی تریب اور کولائڈی مشمولات نہیں ہوتے۔ جہم ناپ میں ۴ یا ۵ ملی میٹر \times ۳ یا ۴ ملی میٹر \times ۱ یا ۲ ملی میٹر اور وزن میں تقریباً ۱۰ گریں ہوتا ہے۔ پیل تھارمون (parathormone) جو ان

غند کا فعال جو ہر ہے، تجارتی طور پر حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کا اشراب کیا جائے تو پہلے پیشاب میں فاسفورس کی برآمد بڑھ جاتی ہے اور پلازما کا غیر نامیاتی فاسفورس گھٹ جاتا ہے، پھر خون کے اندر کیلیم کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے (بیش کلیت)۔ مصلی کیلیم کے ایک خاص بحرانی لیول پر دومی فاسفورس فی الفور بلند ہو جاتا ہے غالباً کلوئی و ظیفہ کے بدل جانے کے باعث، کیونکہ ساتھ ہی خون کی غیر پروٹینی نائٹروجن بھی بلند ہو جاتی ہے۔ شدید بیش تکلس الدم کتوں میں واضح علامات پیدا کر دیتا ہے، لیکن آدمی اس قدر حساس نہیں ہے۔ نزدور قتی بہت اقسام کی بیماریوں، سرایتوں وغیرہ میں استعمال کیا گیا ہے، جن میں مصل کے اندر رواں ستہ کیلیم کی مقدار پست پائی گئی ہے (ملاحظہ ہو دار الرقص)۔ افسوس کہ پیراتھارمون کا فعل تغیر پذیر ہے اور دوا کی طرف سے اہمیت با اوقات نوباب ہو جاتی ہے جس سے اس کی موثریت بالکل زائل ہو جاتی ہے (21)۔

نزدور قتی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں، جیسے کہ بیش تکوین، شحمی، انحطاط، لیفیت، دویری اور کولائڈی تکوین۔

بیش نزدور قیت (hyperparathyroidism)۔ ممکن ہے کہ اس غدہ کی بیش تکوین سے گردن میں ایک رسولی پیدا ہو جائے، جو نکلنے وقت جس پندیر ہو۔ مصلی کیلیم ۱۶-۱۷ ایلو گرام فی صدی تک بڑھ جاتا ہے، اور پلازما کا فاسفیٹز (phosphatase) بلند ہوتا ہے اور کیلیم پیشاب میں روزانہ ضائع ہوتا ہے۔ دومی فاسفیٹ ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلیم ہڈیوں سے آتا ہے، اور وہ مرض پیدا کرتا ہے جو کہ وان ہیکلنگ ہانسن کے عمومی التهاب العظام لیفی (generalised osteitis fibrosa of von Recklinghausen) کے نام سے مشہور ہے۔ یہ مرض مردوں کی نسبت عورتوں میں دوگنا زیادہ عام ہے۔

علامات ہڈیوں میں درد ہوتا ہے اور لاشعاعی امتحان منقطع منظر ظاہر کرتا ہے۔ یہ ہڈیوں

میں منتشر طور پر پھیلی ہوئی فضاؤں (استخوان شکن خلوی سلعہ = osteoclastoma) کے باعث ہوتا ہے، جو خود بخود کس واقع ہونے کا رجحان پیدا کرتی ہیں۔ ممکن ہے تشنگی، کثرت بول، کلوئی حصوات، موقوتی کھٹکھٹائی، پیشابانی متلی، تھ اور لاغری ہو جو کہ شدیداً صابٹوں میں ہوتی ہے۔ رسولی کے

استیصال کے بعد اسلاح شروع ہو جاتی ہے، لیکن دومی کیلیم کے سر بیج سقوط کی وجہ سے تکرز نہایت عام طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں پیراتھارمون دینے سے تخفیف ہو سکتی ہے جو شمال کرنے کیلئے ہر شپ پاس رکھنا چاہئے (21)۔ عملیہ کا بدل عیش لا شعاعیں ہو سکتی ہیں۔ مرکزی التهاب العظام لیفی (focal osteitis fibrosa) میں جو کہ عام تر ہے، کیلیم کے تحول میں کوئی غیر طبی بات نہیں پائی جاتی۔

تکرز

(tetany)

تکرز نزدورقیہ کے مرض سے خود بخود ناقص نزدورقیہ (spontaneous hypoparathyroidism) میں پیدا ہو سکتا ہے، لیکن وہ شاذ ہے۔ بعد عملیہ تکرز، درقیہات میں نزدورقیہات کے استیصال کے بعد ہونا خوب معلوم ہے۔ لیکن سریری تکرز کے بہت سے دوسرے اسباب بھی ہیں۔

بحث اسباب - وہ ہر عمر میں واقع ہوتا ہے، لیکن شیرخواروں اور نوجوانوں میں بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔ بچوں میں اناٹ کے نسبت ذکر پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ عمر کے اشخاص میں ذکر کی نسبت اناٹ پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ بچوں میں کثاحہ اور اسہال عام ترین اسباب مُبَدَّہ ہیں۔ بالغوں میں یہ اسباب کارفرما ہوتے ہیں؛ حمل اور رضاعت، حموی امراض سے شفا یابی، اقباع معدہ اور تندد الامعاء اور ارقم الحروف کے مریض میں معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula) جس کے ساتھ برازیں آزاد اور اڈروکلورک ایسڈ ضایع ہوتا تھا۔ وہ جسم درقی کے استیصال کے عملیہ کے بعد بھی ہو گیا ہے، جب کہ درقی کیساتھ نزدورقی اجمام بھی دور کر دئے گئے تھے۔ ٹیک کیری سن بیان کرتے ہیں کہ وہ کلکٹ (شمالی ہند) کی بلند وادیوں میں عورتوں میں عام ہے، اور یہ کہ ایسے تمام قبلاؤں میں گاٹر کی شکایت بھی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں وہ نزدورقی کے مرض کے باعث ہوتا ہو جو کہ ساتھ موجود ہے۔ مائل دورے ارگٹ کے تسقم (ergotism) سے اور لینت عظام (osteomalacia) کے ہمراہ اور سوڈیم بائی کاربونیٹ کے

تسم سے بھی دیکھے گئے ہیں۔ بعض اوقات بعض عصبی امراض بالخصوص صرع (epilepsy) میں تکرز موجود ہوتا ہے۔ نیز تکرز وباؤں میں مزدوروں کے اندر سال کے بعض موسموں میں یورپ کے خاص خاص شہروں (دائٹا، بریڈ لبرگ) میں واقع ہوتا ہے۔ مصنوعی طور پر وہ مسلسل جبری تنفس سے پیدا کیا جاسکتا ہے جس سے جسم کے اندر سے کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO₂) دھسکر باہر نکل جاتی ہے (بے دخانی = acapnia)۔

امراضیات۔ اس مرض کا اصلی مہینہ خاصہ معطلی حرکی عصبیہ کی بیش تحریک پذیری ہے۔ اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ آکسیجن کی احتیاج اس کا اولی سبب ہوتا ہو اور متعدد علامات یہ احتیاج پیدا کر دیتے ہیں (26)۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ قلبی دمویت جو سوڈیم بانی کاربونیٹ کے اشتراکات یا جبری تنفس (جس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ وصل کر جسم سے باہر نکل جاتی ہے) کے سبب سے ہوتی ہے اس طرح عمل کرتی ہو کہ آکسی ہیموگلوبن سے آکسیجن کے افتراق کو زیادہ مشکل بنا دیتی ہو (کشیہ طبعی = pleonexy) جس سے بافت کا آکسیجنی تناؤ کم ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر کو انیڈین (guanidine) اور ہٹامین (histamine) کے تسم میں بھی واقع ہو جاتا ہے اور یہ دونوں تکرز کا سبب ہوتے ہیں۔ نزدورقیہ برآری (parathyroidectomy) خود آکسیجن کے تناؤ کو کم نہیں کرتی، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ پست دوسری کیلیم کی وجہ سے خلیوں کی آکسیجنی رسد میں مزاحمت ہو جاتی ہو۔ ایسی مزاحمت کا واقعہ سیانائیڈ کے تسم (cyanide poisoning) میں ہونا معلوم ہے۔ تجربی تکرز پیدا کرنے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ایک ایسے کتے کے معدے کو جس کا بواب مسدود کر دیا گیا ہو بار بار دھوڈالیں۔ سوڈیم کلورائیڈ کے دروں وریڈی استعمال سے یہ تکرز موقوف کیا جاسکتا ہے۔ چنانچہ تلمع معدے (dilated stomach) (تسد دھوی = intestinal obstruction) اور معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula) ان سب

کے تکرز کے متعلق یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ اس کا سبب جسم سے کلورائیڈ کا نقصان ہے۔ اور ان اصابتوں میں پلازما مائی کلورائیڈ پست اور پلازما مائی بانی کاربونیٹ بلند پایا گیا ہے، اور خون میں یوریا کی زیادتی بھی موجود ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں تکرز قلبی دمویت کی وجہ سے نہیں ہوتا (88) اور ممکن ہے کہ یہاں بھی وہ پست

روانی کیلیم کی وجہ سے ہو (24)۔ چنانچہ ہسٹریائی بیش تنفس میں دماغی نغاعی سیال میں

پست کیلیم پایا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ حمل سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے کسی قدر عکسالات۔ ممکن ہے کہ حمل سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے کسی قدر بے قراری یا کسمندی یا بازوؤں کی اکڑ، یا جھنجھنی محسوس ہو۔ بعض اوقات دورہ بلا کسی انتباہ کے ناگہانی طور پر ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں ہاتھ کالائیوں پر مڑ جاتے ہیں، انگلیاں بعد رُسغی سُلامی جوڑوں پر خمیدہ، سُلامی جوڑوں پر پھیلی ہوئی، اور باہم مضبوط دبی ہوئی ہوتی ہیں اور انکو ٹھہرتھیلیوں کے اندر خمیدہ ہوتے ہیں، چنانچہ انگلیاں ایک مخروط بنا دیتی ہیں (ید قابلہ main)۔

”d'accoucheur“ کہنیاں قدرے خمیدہ، اور بازو جانہوں سے مقرب ہوتے ہیں۔ بعض اوقات چاروں انگلیاں ہاتھ کے اندر خمیدہ، کلاسیاں پھیلی ہوئی، اور کہنیاں کامل طور پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ جواج اسفل میں، پاؤں ٹانگ پر پھیلا ہوا، حمارہ خمیدہ، اور پاؤں کی انگلیاں خمیدہ اور باہم ملی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ میز انقباضات ہیں اور بیشتر اصابتوں میں صرف یہی واقعہ ہوتا ہے۔ نہایت شدید اصابتوں میں شکم، سینہ، چہرے اور زبان کے عضلات کا شنج پیدا ہو جاتا ہے، نیز پشت کے عضلات میں شنج ہونے سے خفیف سی پس طنابی، اور آنکھوں کے عضلات کے شنج سے حول پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ ماؤف حصوں میں کیقدر اینٹھن جیسا درد ہو اور ہاتھوں کی پشت متورم اور وریڈیں متمد ہوں۔ ممکن ہے کہ پسینہ، تھماہٹ، اور تپش کا خفیف سا ارتفاع ہو۔ یہ شنج پانچ تا پندرہ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے، یا ایک دو یا زائد گھنٹوں تک جاری رہتا ہے۔ وہ بتدریج رفع ہو کر چند گھنٹوں یا دنوں کے وقفے کے بعد پھر مکرر ہوتا ہے۔

ان وقفوں کے دوران میں اعصاب و عضلات میکانیکی خراش سے زیادہ اثر پذیری ظاہر کرتے ہیں (Chvostek)۔ اعصاب کے قرع سے متناظر عضلات میں انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں، اور یہ امر چہرہ میں عظم الوجنہ اور زاویہ دہن کے بالکل بیچوں بیچ قرع کرنے سے خوب ظاہر ہوتا ہے۔ چہرے کو اوپر سے نیچے کے طرف سہلانے سے یکے بعد دیگرے عضلات کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔

ٹراؤسُو (Trousseau) نے پہلے بتلایا کہ بازوؤں کو مضبوط پکڑنے سے یا اعصاب و شرائین کو دبائے سے ان وقفوں کے زمانہ میں تازہ دورے پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ نیز حرکی اعصاب فراڈیت سے غیر معمولی طور پر اثر پذیر ہوتے ہیں، اور گلو انیٹ سے تو اور بھی زیادہ (Erb)۔ اگر ۲ ملی ایکٹر سے نیچے کی گلو انی روئیں زیر برقیہ کو بند کرنے یا زیر برقیہ کو کھولنے پر انقباض پیدا کر دیں تو اس سے ظاہر ہوگا کہ بیش تحریک پذیری موجود ہے جو تکرز کی موجودگی کی دلالت ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 628)۔ طبعی جوت ۲، ۵ اور ۳ ملی ایکٹر کے درمیان ہے۔

490

لیکن دوروں کے درمیان وقفہ ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں میں مسلسل شنج زیادہ عام ہے، اور بالوں میں ممکن ہے کہ شنج کلی طور پر ڈھیلانہ ہو، اسی واسطے اس شکل کے شنج کو متفترا اور اس شکل کو جس میں کامل سکون کے وقفے ہوں متوقف کہتے ہیں۔ مخفی تکرز (latent tetany) میں جو خاصہ عام ہے، شنج کے حملے خود رو نہیں ہوتے۔

مکشی بچوں میں عصبی نظام کی غیر معمولی تحریک پذیری نہ صرف تکرز کی صورت میں، بلکہ صرصری شنج منجورہ (laryngismus stridulus) اور تشنجات سے بھی ظاہر ہوتی ہے۔

نزد درقینی تکرز میں، عدسی عتات، جو کہ ابتدائی درجوں میں ایک شگافی چراغ (slit-lamp) کے ذریعہ مشاہدہ کرائے جاسکتے ہیں، ناخنوں کا بھر بھراں اور حیدیت (ridging)، ناقص مینا کی وجہ سے دانتوں کی مستعرض حیدیت، اور بالوں کا گر جانا واقع ہو سکتا ہے (21)۔

یہ مرض چند دنوں سے لے کر چند ہفتوں تک جاری رہتا ہے اور قاعدہ پر کہ شفا یابی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی صحتیابی کے بعد تھوڑے عرصہ تک ٹانگوں کی کچھ کمزوری باقی رہ جاتی ہے، اور عضلی ذبول اور ریشکی لرزش بھی دیکھی گئی ہے۔ لیکن جب دورے شدید ہوں تو موت خستگی سے یا ذات الجنب سے (جو نفسی مزاحمت کا نتیجہ ہوتا ہے)، یا بچوں میں اسی اسہال کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے جس نے تکرز کو پیدا کر دیا تھا۔

تشخیص۔ شخصیات کی توزیع، یعنی اُن کا بالخصوص ہاتھوں اور بازوؤں میں واقع ہونا، اس مرض کو کنزاز (tetanus) سے ممیز کرتا ہے۔ ہسٹیریا یا بُھسٹیریا نامی حالتوں کی شکل اختیار کر سکتے ہیں۔ وہ عموماً ایک جانبی ہوتے ہیں اور دوسری ہسٹیریا کی حالتوں کے ہمراہ واقع ہوتے ہیں۔ مخفی کنکز (latent tetany) کی تشخیص امارات و آسٹیک و ٹراؤسٹو کی مدد سے کی جاسکتی ہے اور بعض اُن علامات کی موجودگی پر سے جو عموماً اُس کے ساتھ وابستہ ہوتے ہیں، یعنی دانتوں کے مینا کے نقص، گردناتی نزول المار (perinuclear cataracts)، بالوں اور ناخنوں کے اسواء تغذیہ اور متوالی التهاب ملحوظ۔

علاج۔ پیراتھارمون (parathormone) تحت الجلدی دروں عضلی یا دروں ویدی راہ سے روزانہ ۱۰ تا ۳ یونٹس دیا جائے۔ بیش معتادوی کی سب سے پہلی علامت قے ہوتی ہے کیلیم کلورائیڈ (calcium chloride) (۱۵-۲۰ گرین، شیرخوار بچوں کی حالت میں) براہ دہن ہر چوتھے گھنٹے دیا جاتا ہے (25)۔ کلورین دوران خون کے اندر جاکر کلورائیڈ کی کمی کی تلافی کر دیتی ہے، اور کیلیم امعاء سے خارج ہو جاتا ہے۔ ایمونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) بھی بڑی معتادوں میں آزمایا جائے۔ اس کا ایمونیا یوریا میں تبدیل ہو جاتا ہے، چنانچہ اس صورت میں بھی ہائیڈروکلورک ایسڈ سے فائدہ حاصل کیا جاسکتا ہے۔ یہ دوائیں براہ معاد مستقیم بھی دی جاسکتی ہیں۔ مریض کی مُعِدہ حالت کو حتی الامکان دور کر دینا چاہئے۔ مثلاً معدی اتساع کا علاج جراحی عملیہ (معدی صامی تغیر gastro-jejunostomy) کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ بچوں میں اسہال کا علاج کرنا چاہئے، اور کُٹاحتہ (rickets) کا تدارک رَوغن کا فیلور، فولاد مناسب غذا، وغیرہ سے کرنا چاہئے۔ عورتیں اپنے بچوں کو دودھ پلانا چھوڑ دیں، اور فولاد اور دوسرے مقویات استعمال کریں۔

غده تیموسیہ

(THYMUS GLAND)

غده تیموسیہ کا وزن پیدائش سے لے کر ایک سال تک، وزن جسم کا تقریباً $\frac{1}{4}$ فی صدی ہوتا ہے، اور ۱۱ اور ۱۶ سال کے درمیان اس وزن کا ۸۵-۱۰۰ فی صدی ہوتا ہے لیکن اگر احتیاط کے ساتھ تلاش کیا جائے تو بالغ عمر میں بھی اس کا باقی حصہ مل سکتا ہے، جو لیمفی اور شمعی بافت، لیمفی خلیوں کے جزیرات اور چند جسامت ہسل (Hassall's corpuscles) پر مشتمل ہوتا ہے (Dudgeon)۔ ذبول میں جو بچوں میں ضمور (marasmus) یا تدریجی یا دوسرے مزمن ہزال آفریں امراض کے ہمراہ پایا جاتا ہے، یہ غده جسامت میں گھٹ جاتا ہے۔ تیموسیہ کی کلائی، متعدد امراض میں پائی جاتی ہے، جن میں سے اہم ترین یہ ہیں: — بیض موت (leukæmia) بالخصوص لمفائی قسم کی، مرض آجکل، جھوٹی کائٹ اور مترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis)۔ تدرن کے اثر سے غده متغیر ہو کر ایک لیمفی جُبنی تودہ بن سکتا ہے، اور غده میں نوبالید بھی ہو سکتی ہے۔

زمانہ ماضی میں غده تیموسیہ کی انتہائی اہمیت یہ بتائی گئی ہے کہ یہ اس حالت میں جو کہ تیموسی لمفی حالت (status thymo-lymphaticus) کے نام سے مشہور ہے، ناگہانی موت کا باعث ہوتا ہے۔ یہ تشخیص ایسی موت کی توجیہ کے لئے کی گئی ہے جو معدم حس کے تحت خاص طور پر بچوں میں واقع ہو، اور موت کا سبب واضح نہ ہو۔ ان اصابتوں میں بسا اوقات تمام جسم کی لیمفی بافتوں کی عام شملکون پائی جاتی ہے اور تیموسیہ کو بڑھا ہوا سمجھا گیا ہے۔ لیکن اس کے خلاف واقعہ یہ ہے کہ لیمفی بافت کی مقدار غالباً اس سے ہرگز زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی ایک طبی پس میں موجود ہوتی ہے، گو کہ ایک ایسے بچے میں جو ہزال آفریں مرض سے مرا ہو، لیمفی بافت ذبول ظاہر کرتی ہے۔ تازہ تحقیقات سے اب یہ پتہ چلا ہے کہ

تیموسی غدہ بھی طبعی حدود کے اندر ہوتا ہے، لہذا تیموسی لمفی حالت کی تشخیص کسی حقیقت پر مبنی نہیں اور مستقبل میں ایسی اموات کو معدم حس کی طرف براہ راست منسوب کرنا چاہئے، یا ناگہانی موت کی دوسری مثالوں میں کسی نامعلوم سبب کی طرف۔

فوق الکلیہ کیسے

(SUPRARENAL CAPSULES)

فوق الکلیہ کیسے دو حصوں پر مشتمل ہیں :-

۱۔ قشرہ (cortex) (ربین کلوی نظام = interrenal system) میاں آدمی خلیوں سے ماخوذ ہوتا ہے، جو اعضائے تناسل سے قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ اس میں کالیسٹرین ایسٹر (cholesterin esters) اور لیسیتھین (lecithin) بڑی مقدار میں موجود ہوتے ہیں اور اس کا زرد رنگ انھیں کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس کا وزن پورے غدے کا ۹۰ فی صدی ہوتا ہے، اور وہ دوران حمل میں کیقدر زیادہ بڑا ہو جاتا ہے۔ قشرہ کے لیپائیڈ زساری نوعیت کے ایک حاد جموی مرض کے باعث جو کہ مہلک ہوتا ہے چند ہی روز میں غائب ہو جاتے ہیں، اس کے برعکس وہ خواہ کی حالتوں مثلاً خبیث مرض میں خارج نہیں ہوتے۔ اس لحاظ سے وہ معمولی جسمانی شحم کے بالکل برعکس خاصہ ظاہر کرتے ہیں۔ قشرہ صنف کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شاذ اعضاء میں جہاں قشرہ بیش پروردہ ہوتا ہے، اعضائے تناسل کا نمو متبادر ہوتا ہے اور مردانہ خصایص کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ زیادہ عام طور پر یہ علامات قشرہ کے سرطان سے پیدا ہو جاتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ اس کے برعکس فوق الکلیوں کی ناقص تکوین بعض اوقات اعضائے تناسل سے بالوں کے غائب ہو جانے یا ابتداء ہی سے ان بالوں کی غیر موجودگی اور اعضائے تناسل کی ناقص تکوین کی حالتوں میں دیکھی گئی ہے۔ قشرہ میں ایک تریجی شے ہیکسورائیک ایسڈ یا اے سکاربک (hexuronic acid or ascorbic) حیاتی ج سے مماثل (ملاحظہ ہو) موجود ہوتی ہے جو جسم کے آکسی ڈیسیز (oxidases) کا امتناع کرتی ہے۔

جب یہ ترجیحی شے غیر موجود ہو، جیسے کہ مرض ایڈم میں، تو یہ آکسیڈیسز جسم کے ترکیبی سالمات کے ہائڈروکیونون گروہوں (hydroquinone groupings) کو سیاہ رنگ رکھنے والے کیونون گروہوں (quinone groupings) میں متغیر کرنے میں پورے طور پر کارفرما ہوتے ہیں اور اس طرح جسم کو رنگ دیتے ہیں (27)۔ ہوا میں کھلے رہنے پر ایک مازہ کٹے ہوئے سیب کا سیاہ پڑ جانا بھی تکیہ کی وجہ سے ہی ہوتا ہے۔ آخر یہ کہ قشرہ میں ایک نوعی مادہ موجود ہوتا ہے جو کہ ایڈمیں کے مرض کو روکتا ہے اور فوق الکونین، قشری خلاصہ (suprarenal cortical extract) ایسکاٹین (esthatin) یا کارٹون (eucortone) یا کارٹین (cortin) کے نام سے مشہور ہے۔

۲۔ لُب (medulla) انھیں خلیوں سے اخذ ہوتا ہے جن سے مشار کی عصبی نظام کے عقدی خلیے ماخوذ ہوتے ہیں۔ بانکرومیٹ (bichromate) سے وہ ممیز و مخصوص تولوینی تعامل ظاہر کرتا ہے اور اسی واسطے اسے ایک کرومافینی جسم (chromaffine body) کہتے ہیں۔ وہ ایڈس یسٹین (adrenin) یا ایپی نیفرین (epinephrin) نام کی ایک شے تیار کرتا ہے جو بذریعہ تالین بھی تیار کر لی گئی ہے اور کیمیائی لحاظ سے آرٹھو ڈائی آکسی فینائل ایٹھانائل میتھائل امین (ortho-dioxyphenyl-ethanol-methylamine) ہے۔ احتسابی اعصاب کو متہیج کرنے پر یہ شے خون کے اندر منصب ہو جاتی ہے۔ یہ تمام مشار کی عصبی منتہاؤں پر ایک قوی اثر رکھتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت دوران خون کے اندر یہ انصباب اس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ تحریک، درد، خوف اور غصہ کے قوی جذبات پیدا ہوتے ہیں۔ اس حالت میں ہضم اور تجدید پیدائش سے متعلق اعمال کا اتناغ ہو جاتا ہے۔ حیوان جنگ کے لئے یا فرار ہونے کے لئے متعبد ہو جاتا ہے۔ اس کی سقلیاں پھیل جاتی ہیں۔ جلد پھیکے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ بال کھڑے ہو جاتے ہیں۔ حرکت قلب نیز ہو جاتی ہے۔ جگر پر اس شے کے فعل سے خون میں شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ دماغیہ کے عضلات زیادہ قوت ظاہر کرتے ہیں اور حلیہ نہیں ٹھکتے۔ خون کی ترویج بڑی زیادہ ہو جاتی ہے اور اگر وہ حیوان زخمی ہو جائے تو ترویج کی یہ زیادہ ہمار آمد ہوتی ہے۔ اس میں شک

نہیں ہو سکتا کہ ایک دیوانے شخص کی طاقت جو ضرب الامثال میں پائی جاتی ہے، ایڈرینین کے انصباط کے باعث ہوتی ہے اور اس کے مبالغوں میں بھی اسی قوت محسوس کرتے ہیں، مائل قوی جذبات کا زہا نہیں ہوتے، عناہت متباد (dementia præcox) میں یہ پایا گیا ہے کہ لب قلیل ہوتا ہے اور نیجیاتی تغیرات ظاہر کرتا ہے (28)۔

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ بدن میں پیدا شدہ حرارت کی تنظیم بڑی حد تک ایڈرینین کی رسد کی وجہ سے ہوتی ہے، جو جگر پر عمل کرتی اور گلاںکو جن کو منتقل کرتی ہے، اور یہ کہ تب ایڈرینین کے سریع انصباط کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس مفروضہ کی بنا پر وہ ناگہانی شدید تب جو لب کے اندر نوزف یا شدید امتلا کے ہمراہ پائی جاتی ہے، حاد بلش ایڈرینالیت (hyper-adrenalism) کی علامت ہے (15)۔ ایسے نزفات عموماً نوعی حمیات، مثلاً طیریا، ذات الریہ، سرخ بادہ، پر پورا وغیرہ کے باعث ہوتے ہیں، جن میں لب کے امتلا کی توقع ہو سکتی ہے۔ لیکن یہ نوزف فوق الکلوئی وریدوں کی غلطیت کے باعث بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور اسی واسطے اس حالت میں تب سرایت کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتی بلکہ مشار کی تہیج کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ایک ”مشتار کی تب“ (”sympathetic fever“) ہے۔

492

ان میں سے بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ تب جاتی رہے اور اس کے بعد تحت الطبعی پیش، نہایت اور بہوط واقع ہو جائے۔ یہ حاد قلیل ایڈرینالیت (hypo-adrenalism) کے علامات ہیں، جو لب کے تلف ہو جانے کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس تعلق میں یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ عام ضیق کے ساتھ بتدریج ہلاکت کو پہنچنے والے اشخاص میں لب کا ایڈرینالین مافیہ ۲۰۰ ملی گرام سے لے کر ۲۵۳ ملی گرام تک پایا جائے گا، درآں حالیکہ ناگہانی موت کی مثالوں میں اسی مقدار ۵۰۰ ملی گرام ہوتی ہے۔ حاد قلیل ایڈرینالینیت کے دوسرے علامات شراسیفی درد کا ناگہانی حملہ اور الیمیت ہیں اور اس کے بعد شکم کا تمدد اور تشجات قوما اور نذران، یا ایک محرقی درجہ۔

مرض ایڈیسن

(Addison's disease)

اس مرض کو سب سے پہلے ڈاکٹر تھامس ایڈمیسن نے ۱۸۵۵ء میں بیان کیا۔ بحث اسباب - یہ مرض ہر عمر میں ہو سکتا ہے، اور ذکور میں نسبتاً زیادہ عام ہے۔ تین ایک نہایت کثیر الوقوع سبب ہے۔ بعض اصابتوں میں فوق الکلیہ کیسے مابقیہ سل ریوی یا شو کی بوسیدگی (spinal caries) یا خصری خراج (psosas abscess) سے سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ ان غد کی ایک ادلی ورنی سرایت ہوتی ہے۔ تراشنے پر یہ نیم شفاف رمادی یا سبزی مائل رمادی بافت اور غیر شفاف زرد جینی جرم کا ایک مجموعہ ظاہر کرتے ہیں۔ بعض اوقات یہ جینی مادہ نرم ہو کر ایک ریوی کہفہ بن جاتا ہے۔ ۲۵ فی صدی اصابتوں میں تنہا صرف یہی ہوتا ہے کہ قشرہ کا ذبول واقع ہو جاتا ہے (29)۔ دوسری مثالوں میں ان غدو پر سلعہ کا حملہ ہوتا ہے، یا عروق کی علقیت واقع ہو کر خون کی دعا بداری ہوتی ہے۔

امراضیات - مرض ایڈیسن فوق الکلیہ کے قشرہ کے آلفا کے باعث ہوتا ہے جس سے اے سکاربک ایسڈ (ascorbic acid) کا فقدان ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ جیسا کہ پہلے سمجھا یا گیا ہے، لونیت ہوتی ہے۔ نیز نوعی قشری مادہ کی عدم موجودگی بلا زما کے سوڈیم کلورائیڈ کا سقوط پوٹاسیم کا ارتفاح اور نائٹروجینی مادوں کا کلوی اعتبار سے پیدا کرتی ہے۔ گردے اب بھی بہت سے کلورائیڈ اور دافریانی کا اخراج کرتے ہیں۔ یہ حیاتی کیمیائی تغیرات خون کے ارتکاز کی وجہ سے کثیر خلوی دمویت، دباؤ کی کمی اور اس مرض کی عمومی نہاکت، اور شاید معدی معوی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔ اساسی تحول طبعی درجہ سے نیچے پایا گیا ہے (4)۔

علامات - اہم علامات یہ ہوتے ہیں:- کمزوری، خون کے دباؤ کی کمی، قے، اور لونیت۔ آغاز مرض عموماً غیر محسوس طور پر ہوتا ہے اور مریض کو بہت درجہ کمزوری، انخفاض، نڈھال پن اور محنت کے لئے بے رغبتی کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ کوکھوں، مرق یا شرا سیف میں درد ہو۔ قلب کا فعل نہایت ضعیف

ہوتا ہے، اور بستر میں اٹھنے پر غشی یا دورانِ سر یا محنت کرنے پر سانس کا پھولنا یا اختلاج ہوتا ہے۔ نبض کے ضربات فی منٹ اسی سے نو دہائی تک ہوتے ہیں اور وہ صغیر و ضعیف ہوتی ہے۔ خون کا دباؤ نہایت کم ہوتا ہے اور اتنا کم کہ پارے کا ۸ یا ۱۰ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اشتہا عموماً کم ہوتی ہے، اور متلی، آبکامیاں اور قے و مرض کے اہم مظاہر ہیں۔ جوں ہی کہ بحران ہوتا ہے اور اربالہ اور اس کے ساتھ خون کا ارتکاز اور کثیر خلوی دمویت پیدا ہوتی ہے۔ چڑچڑاپن اور بے چینی بعض اوقات نہایت نمایاں ہوتی ہے۔ جلد کی عجیب و غریب بد رنگی ایک ایسی علامت ہے جو سب سے زیادہ جاذبِ توجہ رہی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ علامت متذکرہ بالا عموماً علامات کے ساتھ ساتھ دیکھی جائے یا ان سے پہلے نمایاں ہو جائے، یا ان کے نمایاں ہونے کے کئی ماہ بعد واقع ہو۔ اصابتوں کے اس آخری گروہ میں اگر عمومی علامات نہایت شدید ہیں تو ممکن ہے کہ وہ جلد کے ماؤف ہونے سے پہلے ہی مہلک ثابت ہو جائیں۔ چنانچہ بعض اوقات مرض ایڈمیں میں لونیت غیر موجود ہوتی ہے اور اس کی توجیہ اسی طرح کی جاتی ہے۔ یہ لونیت یا سہرت اپنی ہلکی چھائیوں میں قائم یا زردی مائل بھوری اور بعض اوقات زیتونی یا سبزی مائل بھوری رنگت کی ہوتی ہے۔ اس کی زیادہ نمایاں شکل میں جلد کارنگ گہرا بھورا ایک خلاسی کے رنگ کی طرح ہوتا ہے۔ یہ لونیت عموماً اولاً جلد کے ان حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر کھلے ہوئے ہوتے ہیں، جیسے کہ چہرہ، گردن، بازوؤں اور انگلیوں کی پشت، لیکن جلد الراس یا مونچھوں کے نیچے لب کی جلد غیر متاثر رہتی ہے۔ دوم یہ ان حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر دوسرے حصوں کے نسبت زیادہ رنگ دار ہوتے ہیں، جیسے کہ بغلیں، قصب، صفن اور بھشنیوں کے بالینے۔ سویم، یہ دباؤ اور ضعیف چوٹ کے مقامات کو متاثر کرتی ہے، جیسے کہ عورتوں میں موازہ بندوں اور کمر بندوں کے نشانات، اور وہ مقامات جہاں آبلہ آور اور پستہ لگائے گئے ہوں۔ لیکن جلد کو تلف کر دینے والے زخموں کے ندبات پیدا ہی رہتے ہیں اور رنگ کی ایک گہری تہ ان کی سرحد بناتی ہے۔ بعض اوقات ہتھیلیوں کی گہری لکیریں سیاہ ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے

اُن حصوں پر جو سیاہ ہو گئے ہیں چھوٹے چھوٹے سیاہ دھبے، تلوں یا چھائیوں کی طرح نظر آئیں۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ سارے جسم پر لونیت چھا جائے۔ لیکن اس درجہ تک پہنچنے سے پہلے ہی ہمیں مرض کو عموماً پہچان لینے کے لئے تیار رہنا چاہئے اور فی الحقیقت بہت سے مریض ایسی عام لونیت کے وقوع سے پہلے ہی ہلاک ہو جاتے ہیں۔ یہ لونیت جلد ہی تک محدود نہیں ہوتی۔ اکثر رُلب کی اندرونی جانب پر ایک آسانی مائل سیاہ لکیر فحاطی غشاء کے برابر برابر اور اس کے اور جلد کے اتصال کے خط کے متوازی دوڑتی ہوئی نظر آ سکتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ دوسری زیادہ بے قاعدہ چکیتیاں کال کی فحاطی غشاء پر اور زبان کی جانب پر واقع ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان میں سے بعض بوسیدہ دانتوں کی موجودگی اور اُن کی خراش پر منحصر ہوتی ہیں۔ بالعموم پیش طبعی درجہ پر ہوتی ہے اور بول طبعی ہوتا ہے۔ اگرچہ مریض کمزور ہوتا ہے، لیکن اُس کا منحل یا عذیم الدم ہونا لازمی نہیں۔ بلکہ ممکن ہے کہ تحت الجلد شحم کی خاصی موٹی تہ اُس کے خاتمہ تک باقی رہے۔

مرض کا مَر نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے۔ اشتدادات اور فترات اُس کے نمایاں خصائص ہوتے ہیں، اور شدید مرض کے زمانے، جو مریض کو فریض رکھتے ہیں، مقابلہ پر صحت زمانوں کے ساتھ متبادل ہوتے ہیں۔ لیکن ہر تازہ اشتداد کے بعد مریض یقیناً پہلے کے نسبت خراب تر حالت میں ہوتا ہے۔ مدتِ مرض چند ماہ سے لے کر چھ یا سات سال تک ہوتی ہے۔ موت زیادہ تر نہایت کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، کیونکہ مریض بتدریج زیادہ سے زیادہ کمزور ہو کر غنودگی کی یا نیم قومانی حالت میں پہنچ جاتا ہے، جس میں نبض زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے۔ کبھی کبھی ہڈیاں اور تشخات اس منظر کا خاتمہ کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں عام علامات اور نہایت خفیف سی لونیت صرف چند مہینوں تک دیکھی گئی ہے، اور پھر انتہائی انبطاح واقع ہو کر چند ہی ہفتوں میں مریض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

فشیخص - مندرجہ ذیل غلطیاں ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے:-

(۱) دوسری کسی بدرنگی کو مرض اِیڈیس سمجھ لینا۔ (۲) جب لونیت خفیف یا غیر موجود ہو، علاماتِ مرض کی شناخت میں ناکام رہنا۔ وہ بدرنگیاں جو غلطی سے

مرض ایڈین سمجھی جاسکتی ہیں حسب ذیل ہیں: خفیف یرقان، یا متلف عدم دمویت (pernicious anemia) کی بد رنگی - تعقل (phtheiriasis) جسکی شناخت خراشیدگیوں سے، اور لونیت کے اُن حصوں میں محدود ہونے سے کی جاسکتی ہے جہاں تک انگلیوں کے ناخن پہنچ سکتے ہیں، نیز چہرہ بالکل متاثر نہ ہونے سے - ملیریا اور سیلریوی کی پھیکی اور ٹیالی رنگت - کلف راجھی (chloasma uterinum) عورتوں میں - اور سعفاء مختلف الالوان (tinea versicolor) - ابتدائی درجوں میں جن میں سیاہی زیادہ نہیں ہوتی، بلا سبب کمزوری، اور ساتھ ہی ضعیف و صغیر نبض، اور قے تشخیصی خصائص ہوتے ہیں - حیاتی کیمیائی اور علاجی کاشفیات سب سے زیادہ یقینی ہیں - علامات ایک بے نمک غذا سے زیادہ شدید ہو جاتی ہیں (اگرچہ یہ خطرہ سے خالی نہیں) اور نمک دینے سے اُن میں اصلاح ہو جاتی ہے اور قشری خلاصہ سے وہ غائب ہو جاتی ہیں - آخر الذکر پلازما کے کلورائیڈ کو مرتفع کر دیتا اور دوسرے غیر طبعی حیاتی کیمیائی تغیرات کو زایل کر دیتا ہے -

علاج - یہ طب میں نہایت ہی جدید ترقیوں کا آئینہ دار ہے - نمک روزانہ ۱۰ - ۱۵ گریمن کی متادوں میں مرض میں تخفیف پیدا کرتا ہے - کاربن ۱۰ - اسی سی تک کاروزانہ زیر جلدی اشرب علامات کو بالکل دور کر دیتا ہے اور لونیت غائب ہو جاتی ہے - اس قیمتی دوا کی بہت حد تک ضرورت نہیں پڑتی، بشرطیکہ نمک دیا جائے - لونیت لے سکاربک ایڈ دینے سے غائب ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو) -

فوق الکلیہ کیسوں کی رسولیا

ان غدود کو آؤف کرنے والی رسولیاں غدی سلمہ (adenoma) لحمی سلمہ (sarcoma) سرطان (carcinoma) اور عصبی ناہضی سلمہ (neuroblastoma) ہیں - لحمی سلمہ نہایت شاذ ہوتا ہے، اور صرف بالغوں میں پایا جاتا ہے - عصبی ناہضی سلمہ بچوں میں ہوتا ہے، اور غدے کے لب سے پیدا ہوتا ہے - وہ ایک خبیث بالید

اور صغیر خلیہ لحمی سلحہ سے مشابہ ہوتی ہے، لیکن اُس میں گلچے ہوتے ہیں جو مرکزی عصی نظام کے نوایوں کا مخصوص و ممیز خاصہ ہیں۔ وہ ہڈیوں میں ثانوی جماؤ بہ آسانی پیدا کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ایک بڑا تودہ بنا دے جو غلطی سے کلوی رسولی سمجھ لیا جائے۔ تا وقتیکہ اس کا جلد استیصال نہ کیا جائے اُس کے مہلک ثابت ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ سرطان شاذ ہی اولی ہوتا ہے لیکن وہ عموماً وسیع ثانوی ضررات کا جز ہوتا ہے۔ اولی ہونے کی حالت میں وہ ایک صغیر خلیہ سرطان ہوتا ہے جس سے زنف اور نخر آسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ ان خلیوں کی ترکیب انجینی یا جو فیزی ہوتی ہے یا یہ عروق و موہ کے گرد نصف قطری صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ اور ان میں فوق الکلوئ شسرے سے ایک عام مشابہت ہوتی ہے۔ جسم کے مختلف حصوں میں سلحہ کا انتشار بذریعہ سروح واقع ہو سکتا ہے۔ جب یہ بالید موجود ہوتی ہے تو اُس سے سلمی خلیات کی فعالیت (ہیش بین کلویٹ hyper-interrenopathy =

علامات شسرے کی ساوہ ہیش پرورش کی حالت میں بھی دیکھے جاتے ہیں۔ اگر فتور دروں رحمی حیات کے دوران میں شروع ہوا ہے تو نسائی خنوثیت کا ذبہ (female pseudo-hermaphroditism) دیکھی جاتی ہے، یعنی وہ فرد حقیقت عورت ہوتی ہے، کیونکہ مریضین موجود ہوتے ہیں، لیکن بیرونی خصایص مردانہ ہوتے ہیں۔ یہ حالت پیدائشی ہوتی ہے اور اس کا سبب عموماً دو جانبی قشری ہیش ٹکون ہے۔ جب یہ مرض پیدائش کے بعد جلد ہی شروع ہو جاتا ہے تو وہ حالت پیدا کر دیتا ہے جسے بلوغ قبل از وقت کہتے ہیں۔ یہ بچے شیم ہوتے ہیں۔ لڑکوں میں متبادر اور متجاوز الحد تناسلی نمو پیدا ہو جاتا ہے۔ بڑی عضلی طاقت نمودار ہو کر وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے، جیسے صبیانی ہرکیولی قسم (infantile Hercules type) کہتے ہیں۔ چہرے پر بال نمودار ہو جاتے ہیں اور تناسلی وظائف بڑھے ہوتے ہیں۔ گاہے تائیت (feminisation) یا ہم صنفی متبادر پیدا ہو جاتا ہے۔ لڑکیوں میں بالعموم تذکیر ہوتی ہے، یا اگر صنفی متبادر نظر کی ہیش و ریش بالوں کی بالیدگی اور آواز کے گہرے پن کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ لیکن ہم صنفی

تبادر بھی بیان کیا گیا ہے اور ممکن ہے کہ ان میں حیض جلد شروع ہو جائے۔ مابعد زندگی میں بیرون کلویت سے بالغ غیر طبعی شعرا نیت یا مسترجلیت پیدا ہو جاتی ہے۔ عورتوں میں بعض مروانہ خصایص دیکھے جاتے ہیں۔ چہرے پر بال نکل آتے ہیں اور جسم کے دوسرے مقامات کے بال زیادہ ہو جاتے ہیں۔ حیض اور پستانوں کا نفیر موجود ہوتا ہے، جسمانی طاقت زیادہ ہوتی ہے اور ذہنی علامات جن سے ترجل عیاں ہوتا ہے جیسے کہ ہجو میت اور انانیت پیدا ہو جاتے ہیں۔ تشنج (progeria) یا قبل از وقت شیخوخت کی حالت میں جو کہ صفحہ ۳۸ میں بتائی گئی ہے فوق الکلوئی رقبوں میں دو جانبی سلعات پائے جاتے ہیں اور نخامی ماؤفیت کا کوئی ثبوت نہیں ملتا جیسا کہ دوسری اصابتوں میں پایا جاتا ہے۔ شریانیں دبازت یافتہ ہوتی ہیں اور دموی فشار دموی یوریا اور شکر بلند ہوتے ہیں اور کفیز ذہین اور دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے کا شوقین ہوتا ہے۔

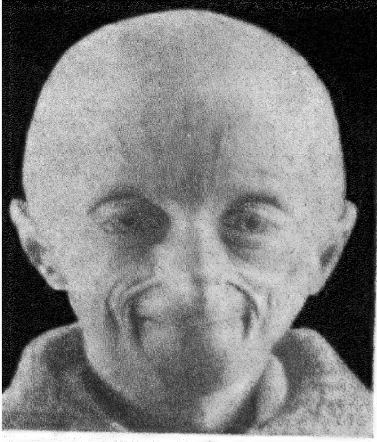
فوق الکلیہ کیسوں کے بعض دوسرے تغیرات کا تذکرہ بھی ضروری ہے۔ التهاب اور تیشی مرکزوں کے قرب کی وجہ سے خراج، نزف، تضرر کے باعث حریشی تغیر و دیگر اعضاء کے تغیر کے ساتھ جاوہری درلے عام تدرن میں اور شاذ طور پر آتشکی صمغیہ یہ سب ان دوسری امراضیاتی حالتوں میں سے ہیں جو مل سکتی ہیں۔

غده نخامیہ

(PITUITARY GLAND)

494

یہ غده جسے اکثر زینامی (hypophysis) کہتے ہیں تین حصوں پر مشتمل ہے۔ (۱) جزو مقلد یا جزو غلی (pars anterior or glandulosa) جو غدی بڑوں اور مدہ سے ماخوذ ہوتا ہے اور جس میں کولائڈی دوہرے ہوتے ہیں۔ (۲) جزو موخر یا جزو عصبی (pars posterior or nervosa) جو عصبی مریشی ریشوں اور غلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۳) جزو واسطی (pars intermedia) جس کی ساخت غدی ہوتی ہے اور جو مذکورہ بالا دو اجزاء کے



نتیجہ: ڈاکٹر ویرو کی مریضہ، ۱۲ سال۔ دو جاسی فون انگلوی روسلیاں سما می دھر دھلی ہے شہرانی دمارت 'ارتقاء' الصطط۔ طمد دھوی سکر

سکیمہ رواست مس خورتوں کی سی جال دھال تیرہم دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے کی تاشق ہے، انکے ہاتھ میں ایک عصا ہے مینٹری کڑا ہوا ہے۔
 404

درمیان واقع ہوتا ہے۔ جزو مقدم (لختۂ مقدم) سے نکلنے والا کو لائڈ جزو و خوسر (لختۂ موخر) میں سے ہو کر بطین سویم کے اندر آتا ہے اور داغی نغاحی سیال کے اندر پایا جاتا ہے۔

امراضیات۔ تجربتہ چوہوں میں پایا گیا ہے کہ لختۂ مقدم کے نکال ڈالنے سے ان کی عام بالیدگی اور اعضا تناسل کا نمودوں رک جاتے ہیں (قلیل نخامیت = hypopituitarism)۔ پھر اس غده کے فعال خلاصوں کے اشراب سے عفریتیت (gigantism) پیدا ہو جاتی ہے۔ انسان میں لختۂ مقدم کی بیش فعالیت (بیش نخامیت = hyperpituitarism) سے اوایل زندگی میں لمبی ہڈیوں کی بیش بالیدگی کے باعث عفریتیت اور بالغ زندگی میں جب کہ لمبی ہڈیوں کے بربالے بالآخر متعظم ہو جاتے ہیں، کبیر الجواسج (acromegaly) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان دونوں حالتوں میں اس بیش بالیدگی کے ساتھ غدهٔ درقیہ اور غدهٔ نزد درقیہ اور فوق الکلی قشرے کی بیش تکوین موجود ہوتی ہے، اور یہ بیش بالیدگی نہ صرف ہڈیوں تک محدود ہوتی ہے بلکہ جسم کی تمام ساختیں اس سے متاثر ہوتی ہیں، چنانچہ اس حالت کے لئے کلاں جسمی (macrosomia) کی اصطلاح کا استعمال بہتر ہوگا۔ تازہ تحقیقات سے مقدم لختہ کی اہمیت یہ ثابت ہوتی ہے کہ یہ تمام اقسام کی دروں افزائی فعالیت کو نیسر کاربوہائیڈریٹ کے تحول کو (ملاحظہ ہو قلیل شکر و دیویت) منظم رکھتا ہے۔ اگر لختہ کا مقدم لختہ برباد کر دیا جائے، تو درقیہ، بیضین، حصین، لبلبہ فوق الکلی قشرہ اور شاید نزد درقیات میں اس خطاطی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ان کا سد باب مقدمی نغاحی خلاصہ جات کے اشراب سے کیا جاسکتا ہے، جن سے مہج الدرقیہ، مہج المولدا (ملاحظہ ہو مولدات) اور مہج فوق الکلی ہارمون تیار کئے گئے ہیں، نیز ایک ایسا ہارمون جرپستان میں ہیجان پیدا کر کے دودھ کا افراز پیدا کرتا ہے۔ یہ ہارمون غدهٔ نخامیہ سے طبعی طور پر آزاد ہو کر جسم میں داخل ہوتے رہتے ہیں اور دوسرے دروں افزائی اعضا پر اقتدار رکھتے ہیں۔ مثال کے طور پر مہج الدرقیہ ہارمون درقیہ کو ہیجان میں لا کر تھاراکسین پیدا کرتا اور اس طرح اساسی تحول کو بلند کرتا ہے۔

لیکن یہ بلندی دیر پائا بت نہیں ہوتی، کیونکہ غدہ کی فعالیت کے جاری رہنے کے باوجود جسم کچھ ضد ہیج الدرقیہ مادہ پیدا کرتا ہے (40)۔ چنانچہ غدہ نخامیہ کے دروں افزائی تعلقات پیچیدہ ہیں، اور اس کے ضررات مختلف کثیر الغندی علامتیں پیدا کرتے ہیں جن کا انحصار اس امر پر ہے کہ کونسا خاص ہارمون مفقود ہے۔ ایک اسکیم نیچے درج ہے۔

مقدمی نخامی ہارمون

ہیج المولات	ہیج فوق الکلیہ فوق الکلیہ	ہیج الدرقیہ غدہ رقیہ کو قبیح
(۱) ایک یر دلال مادہ	قشرہ کو متہیج کرتا ہے۔	کرتا، اور احساسی تحول کو بلند کرتا
جو بیض میں پہچان پیدا کر کے		ہے۔
(۱) ایٹرن	پستان کو جانے والا دودھ کے	؟ للبہ کو مائے والا
(۲) میروٹین پیدا کرتا ہے۔	افراز کی ہیج کرتا ہے۔	؟ ہیج نزو درقیہ
(ب) خصیہ کو ہیج کرتا ہے۔		

جزو موخر سے ایک خلاصہ (پیکوٹرین = pituitrin) حاصل ہوتا ہے جس میں دو ہارمون، صاغط العروق (پٹرسین = pitressin) اور مسرع الولادة (پٹوسین = pitocin) موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ طبعاً کولائڈ کے ساتھ خارج ہو کر دماغی نخاعی سیال میں آجاتے ہیں۔ مسرع الولادة رحم پر براہ راست عمل کرتا ہے۔ صاغط العروق متوی عضلے کو متہیج کرتا ہے اور عظیم المحس جانور میں خون کے دباؤ کو بھی بڑھا کر اور ارب بول پیدا کرتا ہے، اور دماغی نخاعی سیال اور دودھ کے سیلان کو زیادہ کر دیتا ہے۔ لیکن غیر عظیم المحس انسان میں اس سے پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ جزو موخر ایک اور مادہ بھی بہم پہنچاتا ہے جو کہ معدہ کے مغز ترشہ خلیات کی نیز لب عظام کی بالیدگی کے لئے ضروری ہے۔ خرگوشوں میں اسکی بڑی مقداروں کا اشراب نر فی التهاب معدہ پیدا کرتا ہے، جو کہ مغز ترشہ خلیات میں شروع ہوتا ہے۔

نخامی مرض میں اکثر پائی جانے والی شحیت، زیر عرشی خطے پر دباؤ پڑنے کے

باعث پیدا ہوتی ہے۔ ذیابیطس ملیخ پر بعد میں غور کیا جائے گا۔

مرضی تشمریح - غده نخامیہ کے امراض مندرجہ ذیل اسباب کے باعث ہو سکتے

ہیں :- (۱) سرج ترکی کے اندر کے اضرار (۵۷ و ۵۸ سہجی) جو حسب ذیل ہوتے

ہیں :- (۱) اے بوساں لبسد غدی سلعہ (eosinophilic adenoma) جو لختہ مقدم کے حقیقی افواری غلیوں مشتعل ہو۔ یہ بیش نخامیت پیدا کر دیتا ہے۔

(ب) فاعلانہ طور پر برھنے والا لون ترس غدی سلعہ (chromophobe adenoma)

جس کے غلیات میں ایسے ذرات نہیں ہوتے جو ایوسین کارنگ قبول

کر لیں۔ یہ سلعہ لختہ مقدم کو تلف کر دینے کا رجحان رکھتا ہے اور اسی وجہ سے قلیل

نخامیت پیدا کر دیتا ہے۔ (ج) مخلوط غدی سلعہ (mixed adenoma)

جس میں ایوسین پسند اور لون ترس دونوں عناصر موجود ہوتے ہیں۔ یہ نخامیت فانی

(dyspituitarism) پیدا کر دیتا ہے جو ایک ایسی حالت ہے جس میں قلیل نخامیت

اور بیش نخامیت دونوں کے امارات ایک ہی وقت موجود ہوتے ہیں۔ یہ غدی

سلعات ۲۰ سال سے نیچے کے اشخاص میں عموماً نہیں پائے جاتے۔ (د) غدی

سرطان (adeno-carcinoma) جو شاذ ہوتا ہے۔ (س) وقف الدمی تختہ جو

انفعام کی وجہ سے پیدا ہو۔ (س) تازہ دریافت شدہ اساس پسند غدی سلعہ

(basophil adenoma) معہ اپنی مخصوص و ممیز علامات کے۔ یہ امر تعجب انگیز ہے

کہ اگرچہ غدی سلعہ امتحانات لاتس میں ۱۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے، خصوصاً آخری

زندگی میں یہ ان اصابتوں میں ۵۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے کہ جن میں نوما یہ جسم کے

دوسرے حصوں میں واقع ہوتا ہے (37)۔ (۲) فوق سہجی اضرار جو ب متلف ہونے

کی وجہ سے قلیل نخامیت پیدا کر دیتے ہیں۔ ان میں سے فوق سہجی دویرہ عام تر ہے

ہے۔ یہ دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ دوسری رسولیاں نخامی

سلعہ (meningioma) شحمی دویرہ (cholesteatoma) عصبی سریشی سلعہ

(glioma) اور لحمی سلعہ (sarcoma) ہیں۔ (۳) دروں مجھی اضرار جو فاصلہ پر ہوں

اور جثانی طور پر استعمار دماغ (hydrocephalus) پیدا کر کے غده نخامیہ پر اوپر

دباؤ ڈالتے ہیں۔

علامات - ان کا انحصار غدے کی فعالیت کے اختلافات پر ہوتا ہے جو ضرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (غذی علامات) - نیز گرد و پیش کی ساختوں پر دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے (جواسری علامات) - آخر الذکر دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

تقلیل سخامیت دور افتادہ دماغی ضرر کے علامات کے ہمراہ پائی جاسکتی ہے۔

غذی علامات - کبر الجواسرج - یہ بیش سخامیت کے باعث ہوتا ہے۔ اس مرض کو سنٹائٹس میں ماری (Marie) نے بیان کیا۔ یہ عموماً ریعان میں یا ابتدائی سن بلوغ میں ہو کر آتا ہے۔ جوارج (ہاتھوں اور پاؤں) اور چہرے کی ہڈیوں کی کلائی ہوتی ہے۔ سلا میات موٹی ہو جاتی ہیں، اور نجات العظام پیدا ہو جاتے ہیں۔ جبرا بڑا ہو کر نیچے او۔ آگے کو ٹٹک آتا ہے (چانوی بروزا شدق (mandibular prognathism) - دانت متفاضل ہو جاتے ہیں۔ نرم حصے بھی موٹے ہو جاتے ہیں۔ جلد کے حلیمات بیش پروردہ ہوتے ہیں۔ ناخن چوڑے، موٹے اور مضلع ہو جاتے ہیں۔ جلد موٹی اور شخمی ہو جاتی ہے۔ لب، کان، ناک اور زبان موٹے، کھردرے اور بڑے ہو جاتے ہیں۔ آنکلیوں کی دبازت سے ہاتھ کی شکل ایک خاص طرز کی ہو جاتی ہے، جسے ماری نے طرز کبیر (type en large) کے نام سے یاد کیا ہے۔ احشاء مع قلب کے بڑے ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تسنم بھی ہو جائے۔ کبر الجواسرج میں جو فعال بیش سخامیت کے ساتھ ہوا ساسی تحول کی زیادتی اور برداشت شکر کی کمی موجود ہوتی ہے، اسی واسطے اگر برداشت شکر کا امتحان کیا جائے تو بیش شکر مویہ اور شکر بولیت موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ حقیقی ذیابیطس اور اس کے ساتھ کیتونیت واقع ہو جائے، اور ایسی ہی ایک اصابت میں رسولی نکال دینے کے بعد ذیابیطس میں بہت اصلاح ہو گئی (31)۔ اگر سخامیت فائرواقع ہو جائے تو برداشت شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ اکثر عقلی نمودانی درجہ کا ہوتا ہے۔

اگر بیش سخامیت دوران طفلی میں واقع ہو جائے تو ہڈیاں معمول کی نسبت

زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں (غضریہ تیت)۔ انگلیاں بھی معمول کی نسبت زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں اور ہاتھ اُس طرز کا ہو جاتا ہے جسے ماری نے طرز طویل (type en long) کے نام سے موسوم کیا ہے۔

قلیل سنخامیت۔ اس کی خالص مثالیں وہ شاید اصابتیں ہیں جن میں اکلا نختہ انفعالات سے تلف ہو جاتا ہے، جو کسی عضو عمل کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اگر ایسا طفلی کے زمانہ میں واقع ہو تو قزمیت (dwarfism) پیدا ہو جاتی ہے (لنخامی ناتماہی pituitary ateleiosis یا لورینی طرز کی قصبتی = Lorain type of

infantilism) سارا جسم چھوٹا ہوتا ہے (قصر جسمی) = microsomia یا زینامی قصیر قامتی = hypophyseal nanism) لیکن متناسب ہوتا ہے۔ اعضا نال غیر نمو یافتہ اور ثانوی تناسلی عناصر غیر موجود ہوتے ہیں۔ اُس قسم میں جسے سمانڈنر (Simmonds) کا مرض کہتے ہیں، مریض بظاہر بوڑھا نظر آتا ہے اور اُس کے ساتھ جلد پر بھریاں ہوتی ہیں اور تحت الجلد بافتوں کا ذبول نہایت جانوی، سستی اور تناسلی ذبول، بے طمئیت، عدم اشتہا، قبض اور پست جھپانی تپش، موی فشار، تو اتر نبض، موی شکر اور اساسی تحول ہوتے ہیں۔ ممکن ہے وہ خواب آلودہ حالت میں مر جائے۔ اگر اگلے نختہ کا اتلاف زمانہ بلوغ میں ہو جائے تو قبل از وقت شیخوخت ایس وقت واقع ہو جاتی ہے۔ سنخامی قزمیت قبل از وقت شیخوخت کے ہمراہ واقع ہو سکتی ہے۔ یہ ایک قسم کا تشبیخ (progeria) ہے۔ دوسرے دروں افزای غدوں پر سنخامیہ کا جواقت داری اثر پہلے بیان کیا جا چکا ہے اس سے یہ سمجھ میں آ سکتا ہے کہ جب یہ غدے مذبول پائے جاتے ہیں تو علامات ماروفیل کی متعدد و تغلیل سے پیدا ہوتے ہیں (ایک قسم کا کشیوا الغدی علامیہ)۔ لازماً ان اصابتوں میں جواری علامات مفقود ہوتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے طویل المدت اصابتوں میں سنخامی حفرہ چھوٹا ہو (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۵، ب)۔

فوق سرجی رسولیاں عموماً شیخیمیت اور قصبتی کا مجموعہ پیدا کرتی ہیں، جو بچوں میں پایا جاتا ہے، اور جسے علامیہ فرویلٹ (Frohlich's syndrome) یا زینامی شخمی تناسلی سو تغذیہ (hypophyseal dystrophia adiposo-genitalis)

کہتے ہیں، جو قلیل سنخامت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ چربی زیادہ تر حکم، سرینوں، اور جوارح کے قریبی حصوں میں نظر آتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ فرمیت پیدا ہو جائے۔ اعصاب تھل صبیانی حالت میں رہ جاتے ہیں اور جلد شاحب، تپلی، نرم، اور چکنی ہوتی ہے۔ ناخن چھوٹے اور بے ہلال اور انگلیاں گاؤم ہوتی ہیں۔ بزلی غیر مدورہ جاتے ہیں۔ ذہنی نوعوماً طبعی ہوتا ہے۔ سریری تصویر جوان رسولیوں کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، اکثر غیر واضح ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ سحول، کثرت بول اور قبل از وقت شیخوخت موجود ہو۔

بالغ اشخاص کا لون ترس غدی سلحہ ابتدائی درجہ ہی میں تناسلی وظائف کا انخفاض پیدا کر دیتا ہے، جوانات میں بے طمثیت سے ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جلدی تغیرات وہی دیکھے جائیں جو ابھی بیان کئے گئے ہیں اور طمثیت اور بال جھڑنے اور لونیت کا رجحان بھی ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے کہ نہاکت، غنودگی، بردت، شاکر کی زیادتی اور گھٹے ہوئے سحول کے باعث سخت الحاد پیش اور بعض اصابتوں کثرت بول بھی موجود ہو۔

مقد می نخامبہ کا اساس یسند غدی سلحہ یعنی کشتنگ (Cushing) کا علامہ۔ اس علامہ کے متعلقات یہ ہیں۔ دردناک شمیمیت جو چہرہ، دھڑ اور گردن تک محدود ہو، گول شانے یا تسنم، صنفی و طیفہ کا زوال، معہ بے طمثیت کے، عورت میں اور نوجوان مرد میں چہرے اور دھڑ پر بالوں کی زیادتی، جلد کا کشیدار لاموی منظم، معہ قائم خطوط ذوبی کے، عروقی بیش طنبانی، کثرت خلیات احمر، درد پخت، درد شکم اور نہاکت۔ اختلاف پذیر علامات یہ ہیں:- جوارح کی نیلگونی اور اذیم، کوفتگیوں کے مانند کمات، مختلف حشمی علامات، جلد کی خشکی، تشنگی اور کثرت بول، کثیر الاشکال نواتی، ابیض خلویت، شکر ولویت، تخلف عظم اور خود رگسور۔ امتحان لایشس پر ممکن ہے مزمن الہتاب کلیہ کو لاندی کاٹر، فوق الکلیات کی قشری بیش تکوین، مولدات کا ذبول موجود ہو، چنانچہ یہ علامتات بدیہی طور پر ایک کثیر الغدی علامہ کی قائم مقام ہے، اور فوق الکلیہ قشرہ کے سرطان کی اصابتوں میں یقینی طور پر پایا گیا ہے۔

بالغوں میں ممکن ہے کہ انتہائی فرہی کی اصابتیں نَخامی مرض کے باعث ہی ہوں۔ وجعی شحمیت (adiposis dolorosa) یا مرضِ ڈرکم (Dercum's disease) بھی غالباً نَخامی مرض یا قلیل درقیت کے باعث ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 501)۔ صرع بھی قلیل نَخامیت سے وابستہ ہوتی ہے۔

تشخیص - اس کا انحصار جواہری اور غدی علامات کی شناخت پر ہوتا ہے اور یہ عموماً مشکل نہیں ہوتی۔ تاہم دروں سرجی اور فوق سرجی ضررات اور دور افتادہ دروں نجھی ضررات جو نَخامی علامات پیدا کر دیتے ہیں ان کے درمیان تمیز کرنا اہم امر ہے۔ غدی سلمہ اور فوق سرجی دورہ کا سن حدوث پہلے دو کو تمیز کرنے میں کارآمد ہوگا اور اس کے علاوہ ان کا مینر لاشعاعی مناظر اور مختلف علامات یا ت بھی ہیں۔ دور افتادہ دروں نجھی ضررات مثلاً ایک دُمنی سلمہ بھی مینر علامات پیش کریں گے۔

انذار - یہ بُرا ہوتا ہے، کیونکہ رسولی عموماً ترقی کرتی جاتی ہے، اگرچہ سرج ترکی پر سے ازالہ الضغط کی عملیتی ہلاکت تقریباً فیصدی ۵۰ (Cushing) علاج - قلیل نَخامیت کی اصابتوں میں اگلا لختہ جو غدہ درقیت کا غلو ہو، بصورت اقرص براہ دہن استعمال کرنے سے فائدہ حاصل ہوا ہے۔ سچوٹرن کو تحت الجلد دینا چاہئے، کیونکہ غذائی قتال میں یہ تلف ہو جاتی ہے۔ علاج کی ترقی کا اندازہ برداشتِ شکر پر سے کیا جاسکتا ہے۔ عملیتی علاج پر دماغی سلمہ کے عنوان کے تحت غور کیا گیا ہے۔

ذیابیطسِ طینج

(diabetes insipidus)

کثرتِ بول اسبابِ دہل سے پیدا ہو سکتی ہے :- فتوراتِ گردہ خون کے دباؤ کی زیادتی، ذیابیطسِ شکر کی پیشاب کے اندر شکر کی موجودگی سے شدید مرض ایڈمین میں اور عارضی طور پر بعض عوارض دماغ بالخصوص ہسٹیریا اور شقیقہ (migraine) میں۔ ذیابیطسِ طینج ایک دائمی کثرتِ بول ہے جو متذکرہ بالا حالتوں سے

کسی حالت سے منسوب نہیں کیا جاسکتا۔

امراضیات - ذیابیطس ملیخ غده نخامیہ (غالباً اس کے پچھلے لمحے) کے تضریر یا مرض کے باعث ہو سکتا ہے۔ پچوٹرین (منا غط العروق) کے تحت الجلیڈیا وروں وریڈی اثرات اس مرض کا نوعی علاج ہیں اور ان سے پیشاب کی مقدار فی الفوڑ گھٹ کر طبعی حجم پر آ جاتی ہے اور مریضوں کو ان کے علامات سے کامل آرام ہو جاتا ہے۔ موزفیلڈ (Mozfeld) نے بتلادیا ہے کہ غیر عدیم المحس کردہ حیوان میں پیشاب کا حجم گھٹ جاتا ہے اور یہ تقلیل حجم اس وقت اور بھی زیادہ نمایاں ہوتی ہے جب کہ معدے کو پہلے سے پانی سے ابھر کر مصنوعی کثرت بول پیدا کر لی گئی ہو۔ اگر حشوی یا کلوئی اعصاب کاٹ دئے جائیں تو اس دو کا فعل رُک جاتا ہے۔ غالباً اس علامہ کا فعل محض حشوی عروقی تضیق کی وجہ سے ہی نہیں بلکہ اس سے کچھ زیادہ پر منحصر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کی موجودگی انیمیات کے سرے پر پانی کے کمر راخذاب کے لئے ضروری ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 518)۔ دماغ کے زیر عرشی خطے کے تضریر سے بھی ملیخ ذیابیطس ہو سکتا ہے اور اس کی وجہ ممکن ہے کہ یہ ہو کہ پچوٹرین کا طبعی سیلان مسدود ہو گیا ہو۔

مرضی منتشر سرج - سرج ترکی کی شعاع نگار شوں سے عموماً کوئی کلانی نہیں ظاہر ہوتی۔ غده نخامیہ کے یا اس کے قرب وجوار کے مختلف ضررات بیان کئے گئے ہیں :- کھوپری کے قاعدے کے کسور دماغی سلعہ آتشکی یا قدرنی قاعدی التهاب سچایا (basal meningitis) قمع کا تجبن - ایک عجیب و غریب اصابت میں پایا گیا کہ ایک گولی (bullet) پچھلے لمحے کو دوبارہ ہی تھی۔ پارکس ویر (Parkes Weber) نے اس چیز کا تذکرہ کیا ہے جسے وہ غده کے پچھلے لمحے کی درنی درریش خیال کرتا ہے۔

ممکن ہے کہ مثانہ کا اتساع اور بیش پرورش، عالمین کا اتساع اور گردوں کی کلانی دیکھنے میں آئے اور یہ حالتیں پیشاب کی مقدار کثیر کے طویل المدت دباؤ سے منسوب کی جاسکتی ہیں۔

علامات - یہ یا تو غیر محسوس طور پر یا یکایک شروع ہو جاتے ہیں۔ نمایاں

علامات یہ ہیں کہ پیشاب کی نہایت بڑی مقداریں خارج ہوتی ہیں اور پیاس بہت زیادہ لگتی ہے جس کی وجہ سے مریض خارج شدہ پانی کے نقصان کی تلافی کر لیتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیشاب کی مقدار چوبیس گھنٹے میں ۲۰، ۲۵، ۳۰ پائنٹ تک پہنچ جائے۔ پیشاب نہایت پھیکے یا ہلکے رنگ کا، تقریباً پانی کی طرح ہوتا ہے، اسکی کثافت نوعی ۱۰۰۲ سے ۱۰۰۵ انگ، اور تعامل خفیف سا ترشٹی ہوتا ہے۔ اس میں ٹھوس اجزاء کی فی صدی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی شکر بولیت ہوتی ہے، یاریقی خدو کا افراز زیادہ ہو جاتا ہے۔ منہ، زبان اور جلد خشک ہوتی ہیں، اور امعاء میں قبض ہوتا ہے۔ لیکن اس سے قطع نظر ممکن ہے کہ مریض خوش باش ہو اور نہایت اچھی صحت رکھتا ہو، اور وہ ذیابیطس کو بجائے ایک مرض سمجھنے کے ایک وجہ پریشانی سمجھتا ہو۔ ممکن ہے کہ نخامی مرض کے علامات بھی موجود ہوں۔

خود بخود پیدا ہونے والی یا خودرواصابتیں علاج نہ کرنے کی صورت میں ممکن ہے برسوں جاری رہیں۔ اگر دوسری بیماریاں داخل ہو کر ہلاکت نہ پیدا کر دیں، تو یہ اصابتیں شاذ ہی مہلک ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی شکر بولیت طاری ہو کر اس حالت کو ذیابیطس شکاری بنا دیتی ہے۔

تشخیص۔ پھیکے رنگ اور پست کثافت نوعی والے پیشاب کی مقدار کثیر، جس میں غیر طبعی اجزاء موجود نہ ہوں، اور اس کے ساتھ تشنگی کی موجودگی، نیز علامات ہیں۔ لیکن کثرت بول کے دیگر اقسام مثلاً وہ جو مرض مزائٹ اور ہشیت میں ہوتے ہیں، خارج از بحث کر دینے چاہئیں۔ اول الذکر میں عموماً کسی نہ کسی وقت البیومن کی خفیف مقدار مزید طور پر موجود ہوتی ہے، پیشاب کی مقدار چنداں زیادہ نہیں ہوتی، اور دوسری دلائلتیں موجود ہوتی ہیں، جیسے کہ بلند شریانی تناؤ اور قلبی بیش پرورش۔ ہسٹیریا میں کثرت بول محض عارضی ہوتی ہے۔

علاج یہ ہے کہ خلاصہ نخامیہ کا تحت الجلد استعمال کیا جائے۔ ابتداءً اُس کے ایک کعب سینٹی میٹر (۵ قطر) کا اشراب دن میں دو بار کیا جاتا ہے۔ پھر اس امر کی سعی کی جاتی ہے کہ حتی الامکان کم اشرابات سے پیشاب کے حجم پر اکتفا حاصل کیا جائے۔ بد قسمتی سے دہن کی راہ سے علاج بے سود ہوتا ہے کیونکہ جو ہر

فعال (پچوٹرین) قنال غذائی میں تلف ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ وطاء دروں انفی ریش (intranasal spray) کے ذریعہ دی گئی ہے، یا ایک انفی جیلی (jelly) کے ذریعہ کہ جس میں پیتسین (pitressin) ہو، یا سب سے بہتر خشک کردہ نخامیہ کے ذریعہ جو ناک میں "نخامی ناس" ("pituitary snuff") کے طور پر نفوخ کیا جائے۔ بعض اصابتیں پڑسین سے علاج پذیر نہیں ہوتیں۔

آتشکی اصابتوں میں دافع آتشک علاج (جو ملاحظہ ہو) کی ضرورت ہے۔ جلی دماغی مرض (مثلاً ریولی وغیرہ) میں قدزنا عملیہ کا سوال پیدا ہوگا۔ چند اصابتوں میں قطنی کیو کے سے تخفیف ہوتی ہے، جس سے پتہ چلتا ہے کہ قاعدہ دماغ پر مصلی التهاب سحایا (serous meningitis) اس مرض کا اصلی سبب تھا (32)۔

غده صنوبریہ

(PINEAL GLAND)

جسم صنوبری (برنامیہ دماغی یا مخروطیہ epiphysis cerebri or conarium = ایک ندی عضو ہے جس کا وزن تقریباً ۱/۲ گرام ہوتا ہے۔ یہ ایسے سرطمانہ آسا غلیوں پر شکل ہوتا ہے جو ڈیھلی وضع رکھنے والی ہیکوں میں ہوتے ہیں اور جن کے درمیان دماغی جوف ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ تیموسیہ کی طرح اس کی بھی خاص منفعت ابتدائی زندگی میں ہے اور بعد میں اس میں کینڈر نکش واقع ہو جاتا ہے۔ وہ ضررات جن کا اندراج کیا گیا ہے یہ ہیں:۔ بیش پرورش اور ذبول سلعات، ذویرے اور پچوڑے، نرف اور آتشک۔

سلمہ کی اصابتوں میں جن میں ستھول کے ایسے تنبیات ظاہر ہو چکے تھے جن سے باطنی افراد کا اختلال ظاہر ہوتا تھا موصوع گیا رہ سال تک کی عمر والے بچے تھے اور تغیرات حسب ذیل تھے (اگرچہ مختلف اصابتوں میں یہ مختلف درجہ کے تھے)۔ ذہنی تبادر، جسم کی غیر معمولی طور پر سریع بالیدگی، قضیب اور خصیتین کی

کلائی، موئے زہار کی تباہی بالیدگی، اور بعض اوقات شیمیٹ۔ ان کے ساتھ بعض اوقات دروں جمجی سلسلہ کی علامتیں بھی موجود تھیں، اور مختلف اصابتوں میں جو سلسلہ موجود تھے وہ یہ تھے:۔ لحمی سلسلہ، دویری ریلی لحمی سلسلہ (cystic psammo-sarcoma)، سریشی سلسلہ (glioma) یا سختی سلسلہ (teratoma)۔

تناسلی غدہ

(GONADS)

خصیہ اور بیض کے امراض یا تغیرات کا منظم بیان جراحی اور علم امراض کی نصابی کتابوں میں پایا جائے گا۔ یہاں تناسلی غدہ پر محض ان کے دروں افزائی و ظیفہ کے نقطہ نظر سے غور کیا جائے گا۔

499

زنا نہ صنفی اعضا۔ حیضی دور کی ابتدا میں، نطفہ موقوف ہو جانے کے بعد، رحم کی غشاء مخاطی واحدہ کی بنی ہوتی ہے، یعنی قاعدی غشاء مخاطی کی۔ اس دور کے اول نصف میں یہ متکاثر ہوتی ہے اور ایک ہارمون کے اثر کے تحت دبیر ہو جاتی ہے، جو کہ ایسٹرن (cestrin) یا جرابی ہارمون یا فولیکولین (folliculin) کہلاتا ہے۔ یہ زنا نہ صنفی ہارمون، جو کہ ثانوی صنفی خصائص کا سبب ہے، گرافائی جراب میں پیدا ہوتا ہے، جو کہ اسی عرصہ میں بالیدگی حاصل کر کے سخت ہو جاتی ہے۔ جب گرافائی جراب کے پھٹنے سے بیضہ آزاد ہو جاتا ہے، تو جسم اصفر ظہور میں آتا ہے اور یہ ایک دوسرا بیضی ہارمون پیدا کرتا ہے، جو کہ پروجسٹین (progestin) کہتے ہیں۔ پروجسٹین رحمی مخاطیہ کی غدی فعالیت کو زیادہ کرتا اور غدہ کو مطلق بنا دیتا ہے (یہ افزائی ہیئت ہے) جس کا مقصد بارور شدہ بیضہ کی وصولی کیلئے تیاری ہے۔ اگر استقرار حمل نہ ہو، تو غشاء مخاطی ٹوٹ پھوٹ جاتی ہے اور رحم سے نطفہ کے ہمراہ خارج ہو جاتی ہے، اور اس طرح حیضی دور کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ آختہ مادوں میں، حیضی دور اس طرح شروع کیا جاسکتا ہے کہ ڈائی آکسی ایسٹرن (۰۰۰۰۰۰۰۰ ۲۵ یونٹ) ۵ خوراکیوں میں ۲۸ دنوں میں سے پہلے چوتھے ساتویں

گیارہویں اور چودھویں دن دیا جائے، اور اس کے بعد پروجسٹن (ہ خرگوشی یونٹ) دیا جائے، یعنی ہر روز ایک خرگوشی یونٹ، سترہویں روز سے شروع کر کے (42) چنانچہ اس طریقہ سے اس بے طمثیت کا علاج کیا جاسکتا ہے جو کہ صنفی اعضا کے کم نمونے باعث ہو۔ اگر حد سے زیادہ ایسٹرن جسم میں پایا جائے یا کھلایا جائے تو گرافیا نی جراب کی بالیدگی جاری رہتی ہے اور وہ پھٹنے نہیں پاتی، اور غشاء مخاطی کی بالیدگی بھی جاری رہتی ہے اور وہ دوسری ہو جاتی ہے اور آخر کار ٹوٹ پھوٹ کر شدید زنف پیدا کرتی ہے۔ چونکہ جسم اصغر نہیں بننے پاتا، اس لئے افزائی درجہ پیدا کرنے کے لئے کوئی پروجسٹن موجود نہیں ہوتا، لہذا اس کو زنف کے درجہ میں بذریعہ اشراب دینا چاہئے۔ بسا اوقات بالکل چھوٹی خوراکیں درکار ہوتی ہیں، تین سے لے کر دس خرگوشی یونٹ ۵ دنوں پر پھیلی ہوئی، اگرچہ ۶ تا ۸ یونٹ کی ضرورت سن پڑ سکتی ہے۔ ایسٹرن دوسرے صنفی اعضا میں بھی تغیرات پیدا کرتا ہے، مثلاً جفتی کو آنا بنانے کے لئے مہل میں (چوہے اور موش میں سرطنت کا تقرن)۔ بہ امر باعث حیرت ہے کہ قدرتی طور پر پائے جانے والے ایسٹرن کا سب سے زیادہ کثیر المقدار منج سائڈ کا پیشاب ہے، اور سب سے زیادہ فعال مرکب دو ہائڈروجن جوہروں کو ایسٹرن سالمہ میں ملائے سے حاصل ہوتا ہے، جو کہ ایک سٹرال (sterol) ہے اور کیمیاوی طور پر کولسٹرال (cholesterol) اور کیلیسیفرال (calciferol) (حیاتین ۵) کے ساتھ ملتا جلتا ہے، نیز نہایت ہی فعال سرطان آفریں مادہ کے ساتھ جو کہ اب تک تیار کیا گیا ہے۔ مزید برآں، متعدد مختلف لیکن قریبی طور پر متماثل مادے ایسے ہیں جو کہ مختلف درجہ کے شبنی آفریں خواص رکھتے ہیں، اور ایک مادہ ایسا جس کا اشراب کرنے پر شبنی اور جلدی تصنیع جلد پر کرنے پر سرطان پیدا ہوتا ہے (48) د بیض کے نمونہ اور اس سب کچھ پر جو کہ اس سے بطور نتیجہ کے ظہور میں آتا ہے، ضخامیہ کا مقدم نختہ ایک ہارمون کے ذریعہ اقتدار رکھتا ہے جس کا ابھی تک کوئی نام نہیں رکھا گیا، لیکن جو تھوڑی مقداروں میں گرافیا نی جراب کا نمودا ریٹرن کا افزا واقع کرتا ہے، اور بڑی مقداروں میں جسم اصغر کا کامل نمودا واقع کرتا ہے جس سے پروجسٹن کا افزا ہوتا ہے۔ عمل کے دوران میں خون اور پیشاب میں

نظر پیدا ہوتا ہے، اور عموماً بالوں کی بالیدگی کم ہوتی ہے۔ عورت میں دو جانبی بیض برآری سے قبل از وقت ایسا پیدا ہو کر فریبھی، سرخ تھما ہٹ، تنفسی، قلبی، مہضمی اختلالات واقع ہو جاتے ہیں۔ عصبی نہاکت اور نفسی نہاکتی یا ذوالنفسی علاناً اہر ہو سکتے ہیں۔

خصیمانی (eunuchoidism)۔ اس اصطلاح کا اطلاق اُن حالتوں پر آجاتا ہے جو مرض کی وجہ سے تناسلی غد کے ضایع ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ غیر نازل خصیتیں (خفء الخصیتین = cryptorchidism) رکھنے والے مریضوں کا غیر عام نہیں۔ اختصاء کی طرح ممکن ہے کہ یہ حالت بھی بلوغ کے وقت دیکھی جاوے ماحل خصیمانی (early eunuchoidism) یا نسبتاً بعد میں ضال تناسلی زندگی (طبعی عرصہ کے دوران میں) (ماجل خصیمانی = late eunuchoidism)۔ اختصاء کی وجہ اس حالت میں بھی مریض دراز قامت یا کوتاہ قامت اور موٹے ہو سکتے ہیں۔ ہنی لحاظ سے وہ خاموش اور ساکت ہوتے ہیں اور اُن میں شہوت اہد قابلیت ماع کے اختلالات موجود ہوتے ہیں۔ جلد شاحب ہوتی ہے اور بعض اوقات یں میں کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی جھڑیاں ہوتی ہیں۔ دہن سے تشع کرنے والی لمبی جھڑیوں کی وجہ سے یہ مریض قبل از وقت بوڑھے نظر آتے ہیں۔ عورتہ خصیمانی (از قامت ہوتی ہیں) اور اُن کے شکم کے زیریں حصے، جبل الزہرہ، سُرینوں اور نوں کی بیرونی جانبوں اور پستانوں پر چربی کا جماؤ ہو جاتا ہے۔ رحم اور مہبل یرتکوینی ہو جاتے ہیں۔

بیش تناسلیت (hypogenitalism)۔ اور قلیل تناسلیت

(hypergenitalism)۔ اختصاء اور خصیمانی کی اصطلاحیں صرف اُن نتائج کے لیے فوط و مخصوص ہیں جو تناسلی غد کے اولی مرض یا اُن کی غیر موجودگی سے پیدا ہو جاتے ہیں لیکن تناسلی غد کی معمول سے زائد یا معمول سے کم فعالیت دوسرے بے قناتی رو کے مرض سے ثانوی طور پر بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ چنانچہ خصیہ یا بیض کی رسولیوں سے، بیض کی بیش و طیفگی سے، یا فوق الکلیہ قشر یا جسم صنوبری کی رسولیوں سے بیش تناسلیت پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ تباور یا پیش از وقت بلوغ کا باعث ہوتی ہے۔

اسی طرح آبل بلوغ، جو دونوں صنفوں میں اس قدر عام طور پر پایا جاتا ہے، ممکن ہے اولی طور پر تناسلی غد کے قلیل وظیفہ کے باعث ہو، یا ممکن ہے کہ وہ تناسلی غد پر دوسرے اعضا کے عمل کی وجہ سے پیدا ہو جائے۔

مختلف علامیات

(VARIED SYNDROMES)

فرہی

(obesity)

فرہی، موٹاپا، یا زیادہ موٹا ہونا ایک ایسی حالت ہے، جو مرض کی حد تک پہنچ سکتی ہے اور بعض اوقات علاج کی مقتضی ہوتی ہے۔ لیکن اکثر یہ کہنا مشکل ہوتا ہے کہ چربی کے طبعی جماؤ کی حد کہاں ختم اور فرہی کہاں سے شروع ہوتی ہے۔ لہذا ان دونوں حالتوں کی بحث ایک ساتھ کرنا چاہئے۔

بحث اسباب۔ انسانی نسلوں میں فرہی کے رجحان میں کچھ اختلافات نظر آتے ہیں۔ اُس کے وقوع میں وراثت کا حصہ ضرور ہوتا ہے۔ زندگی کے بعض زمانے ایسے ہیں جن میں چربی کے اجتماع کا زیادہ امکان ہوا کرتا ہے۔ وہ زمانے یہ ہیں:۔ عالم شیرخواری، بلوغ، عورتوں میں دوران حمل میں اور سن بال کے آغاز میں، اور مردوں میں اوجیر عمر کے زمانہ میں۔ بحیثیت مجموعی عورتیں مردوں کے نسبت فرہی ہونے کا رجحان زیادہ رکھتی ہیں۔

امراضیات۔ طبعی شخص میں جس کے جسم کا وزن مستقل رہتا ہے ضروری ہے کہ وہ توانائی جو غذا کے صرف سے حاصل ہوتی ہے، اُس توانائی کی تلافی کرے جو حرارت اور بیرونی عضلی محنت کی شکل میں برآمد ہوتی ہے۔ اگر وہ شخص دفعتاً اپنے عادات بدل کر نسبت زیادہ معمولی زندگی اختیار کر لے تو توانائی کی برآمد کم ہو جائے گی، لہذا نسبت کم غذا کی تکیہ ہوگی، اور زائد از ضرورت غذا کا جسم کے اندر چربی کے طور پر

جماؤ ہو جائے گا۔ شحم اور کاربوہائیڈریٹس دونوں اس طریقہ سے آسانی مذکور ہو جاتے ہیں۔ لیکن پروٹین کے ترکیبی اجزاء کی تکید زیادہ آسانی کے ساتھ ہو کر ان سے حرارت کی برآمد زیادہ ہو جاتی ہے۔ اسی کو بعض اوقات پروٹین کا نوعی حرکی فعل (specific dynamic action) کہتے ہیں۔ اسی واسطے فرہی کی بہت سی اصابتوں کے اہم عوامل حیوانی عدم فعالیت اور بے یارخوری ہیں۔

لیکن وافر فرہی کی ایسی اصابتیں بھی ہیں جن کی توجیہ کما حقہ اس طریقہ سے نہیں کی جاسکتی۔ تندرست آدمیوں میں بہت سے نہایت فرہ اشخاص بھی زندگی نسبتاً بہت کم کھاتے ہیں اور اس کے برعکس بہت سے بسیار خور اشخاص بھی مستقلاً دبلے پتلے ہوتے ہیں۔

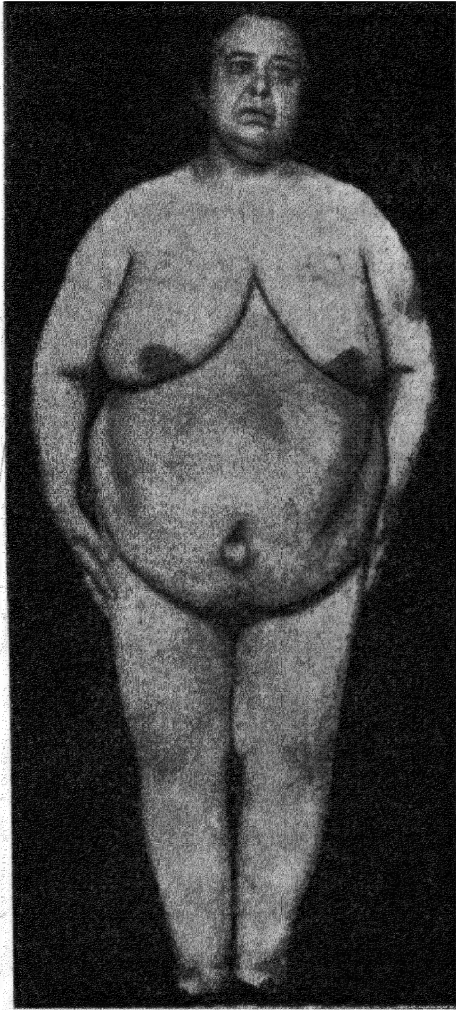
ان خصوصیات ذاتی کی توجیہ انفرادی خصوصی شرح تکید سے کی جاسکتی ہے اور ان کا مقابلہ اساسی تحول (ملاحظہ ہو صفحہ 459) کی تخمین سے کیا جاسکتا ہے۔ قلیل درقیت یا خنطلی اذیمیا میں اساسی تحول کم ہو جاتا ہے اور یہ مریض فسر بہ ہو جائے گا۔ جحان رکھتے ہیں، اگرچہ مشالی خنطلی اذیمائی مریض فرہ نہیں ہوتے۔ غدہ سخامیہ کے مرض میں جس میں قلیل سخامیت کا ظہور ہو، اساس پنڈغدی سلمہ میں فوق الکلیہ کیسوں کے بیش کلوی سلمہ (hypernephroma) میں غدہ صنوبریہ کے امراض میں اور وافی سلمہ کی بعض اصابتوں میں اور آختہ گری کے عقب میں شیمیت واقع ہو سکتی ہے۔ ان میں سے بہت اصابتوں میں بشرطیکہ حقیقی وزن جسم کا لحاظ کیا جائے، اساسی تحول طبعی حدود کے اندر پایا گیا ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ ان میں حرارت آفریں بافتیں (عضلات اور غدو) طبعی سے زیادہ محنت اٹھا رہی ہیں، جو کہ بیش درقیت کی طرف اشارہ ہے، کیونکہ شمی بافت جو کہ زائد وزن کا سبب ہے اس کا اساسی تحول نہایت ہی پست ہے (48)۔ شاید تحول کی وہ زیادتی جو غذا لینے کے بعد پیدا ہو جاتی ہے طبعی درجہ سے کم ہے، اور اسی سے فرہی کی توجیہ ہو جائے گی (4)۔

اس امر کی تائید میں کچھ شہادت موجود ہے کہ فرہی، انسولین کی وافر پیمائش کے باعث ہوتی ہے، جو کہ کاربوہائیڈریٹ کو شحم میں متغیر کر دیتی ہے۔ چنانچہ

لینگر ہانس کے جزیرے بڑھے ہوئے پائے گئے ہیں۔ شکری برداشت زیادہ ہوتی ہو
جیسا کہ شکر دینے کے بعد دموی شکر کے منحنی سے ظاہر ہوتا ہے۔ ذیابیطس کے رجحان

کی یہ توجیہ ہو سکتی ہے کہ جزیروں کا پیش
فعال وظیفہ کئی سال تک جاری رہنے کے
بعد تھکاوٹ سے متاثر ہو جاتا ہے۔

وہ حالتیں جو کہ فرہی کے
ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ نہایت فرہہ اشخاص
کو کئی بے آرامیاں یا دقتیں پیش آتی ہیں
اگرچہ ان کی وسعت کا انحصار بیشتر زندگی
کے اُس زمانہ پر ہوتا ہے جس میں فرہی لگتی
ہو گئی ہو۔ اگر فرہی اوائل عمر میں ہے تو
ممكن ہے کہ عضلی نظام بھی منویافتہ ہو جا
تا کہ بڑھے ہوئے زائد وزن سے متناظر
ہو جائے۔ چنانچہ قدیم زمانہ کے کثرتی ہلوا
بھی ہمارے اپنے زمانہ کے لڑینت ہلوانوں
کی طرح اکثر فرہہ ہوتے تھے۔ لیکن بسا اوقات
نہایت فرہہ اشخاص زیادہ محنت یا رپا
کے ناقابل ہوتے ہیں، ان کی سانس پھول
جاتی ہے، اور ان میں اختلاج پیدا ہو جانے
کا امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اکثر اوقات
قلب میں سمی پیش بالیدگی موجود ہوتی
ہے۔ زائد پیدائش حرارت کا لازمی نتیجہ
یہ ہے کہ خون کا سیلان بڑھ جانے کی وجہ
سے قلب کا کام زائد ہو جائے، اور اس سے



شکل ۶۰۔ ڈاکٹر آے۔ جی گل کامریض
جس کو وجہی شحمیت کی شکایت تھی۔

قلبی عدم کفایت کی ان علامات کی توجیہ ہوتی ہے جو کہ اس قدر عام ہیں۔ فرہی کے پہلے

پائی جانے والی حالتوں میں سے نقرس (gout) کا تذکرہ بالخصوص کرنا چاہئے کیونکہ غذا کی زیادتی سے اس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ فربہی ذیابیطس شکر کی استعداد بھی پیدا کر دیتی ہے۔

وجہی شحمیت (adiposis dolorosa) (مرض ڈورکم Dercum's disease)۔ اس مرض میں ورقیہ اور نخامیہ کے اندر امراضیاتی تغیرات پائے جاسکتے ہیں اور ماؤف حصوں میں التهاب عصب ہوتا ہے۔ یہ مرض دو شکلوں میں ہوتا ہے:۔ (الف) منتشر شحمیہ (diffuse lipomatosis) جو یا تو سوائے ہاتھوں اور پاؤں کے سارے جسم کو ماؤف کر دیتی ہے یا ایک خاص حصے میں کم و بیش محدود المقام ہوتی ہے، اگرچہ اس حالت میں یہ جسم پر تشاکل طور پر پائی جاتی ہے۔ ایک مثال درج کی جاتی ہے (شکل ۶۰)۔ یہ مریضہ ایک پچاس سالہ عورت تھی جس کا وزن ۲۰ پٹون (20 stones) تھا۔ چہرے کی اداسی تصویر میں خوب دکھائی گئی ہے۔ امتحان بعد المات میں ورقیہ چھوٹا اور لٹھی تھا مگر نخامیہ تندرست تھا۔ (ب) شحمی گہکوں (fatty nodules) کی شکل میں۔ یہ بھی متشاکل ترتیب میں ہوتی ہیں۔ شحمی مطروحات دردناک ہوتے ہیں بالخصوص دبائے پڑے اور یہ مریض اکثر منہوک اور بعض اوقات ضعیف العقل بھی ہوتے ہیں۔

متسرقی شحمی سوء تغذیہ (lipodystrophia progressiva)۔ یہ غیر معلوم سبب رکھنے والا ایک شاذ مرض ہے جس میں زیر جلدی شحم کا متشاکل نقصان ہوتا ہے جو بالعموم چہرے میں شروع ہو کر نیچے کی طرف پھیلتا ہے، لیکن اکثر اوقات جسم کے بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے۔ یہ مرض کئی سال تک جاری رہتا ہے اور ممکن ہے بچپن میں شروع ہو (58)۔

علاج مریض کو شحم یا اس پر متشاکل غذاؤں کو بہت کم کر دینا چاہئے یا بالکل ان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مگر دبا گوشت، شکار مرغی وغیرہ پالتو پرندے، پھل، سبز ترکاریاں، ٹماٹر اور تازہ پھل کھائے جاسکتے ہیں۔ اسی نوعیت کی پروٹین غذا جس میں پست کاربوہائیڈریٹ ہو اور جو بلا شحم کے ہو مینڈنگ کے علاج (Banting's treatment) یا سالیبری علاج (Salisbury treatment) کا اصول ہے۔ نہایت فربہ مریضوں میں

زیادہ سخت ندامت کی ضرورت ہوگی۔ وقفوں کے ساتھ فاقہ کشی کے دن تجویز کردئے جائیں اور مریض صرف فہرست ب میں درج کی ہوئی سبزیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 474) اور تازہ پھل کھائے اور اس کے ساتھ محض اتنی ہی مچھلی (۲ یا ۳ اونس) لے کہ جس پروٹین کے روزانہ نقصان کی تلافی ہو جائے۔ اگر کارسے تیار کی ہوئی جیلی جو قتال غذائی میں جذب نہیں ہوتی، مفید ہے۔ ایسی غذا میں یہ فائدہ ہوتا ہے کہ اس کی حراری قیمت پست ہوتی ہے، اور ساتھ ہی یہ غذا خاصہ حجم رکھتی ہے جس کی وجہ سے خلوئے معدہ کا احساس نہیں ہوتا۔ بارلے شکر (barley sugar) جب چوسی جائے تو بھوک کے احساسات کو تسکین دینے کے لئے مفید ہے۔ اس سے کم شدید علاج میں ڈبل روٹی یا توس (toast) نشاستہ وار بکٹ، ادا لوار پیئر جو ملائی اترے ہوئے دودھ سے بنایا ہوا ہو، یا ڈچ (Dutch) یا کاٹیج (cottage) پیئر کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ اگر مریض کو لیٹا رہنا پڑے، مثلاً التباہ مغال میں، تو حراروں کو کم کر دینا چاہئے یعنی ۸۰ روزانہ عضلی قلبی مرض میں پست حراری غذا دینی چاہئے، لیکن گلوکوس تجویز کر دینا چاہئے، ایک اونس چار چار گھنٹہ سے۔ پست شحم والی غذا کے ہمراہ کافی (۱ اور ۵ حیاتینیں تجویز کرنی چاہئیں، مثلاً ریڈیوسٹولیم (radiostoleum) ایک کیمہ روزانہ۔ الکلی مشروبات سے پرہیزی بہتر ہے۔ لیکن اگر مریض طلب کرے تو کوئی خشک ہلکی انگوری شراب یا وٹسکی کی تھوڑی مقدار جس کی ترقیق خوب کر لی جائے، بہترین ہے۔ بیر سے جس میں زیادہ بالٹوس موجود ہو، احتراز لازم ہے۔

چربی کی وجہ سے بڑھے ہوئے وزن کو گھٹانے کے لئے ورزش بہت مفید ہوتی ہے۔ یہ امر کہ کونسی ورزش کا انتخاب کیا جائے مریض کی عمر اور عضلی قوت پر منحصر ہوتا ہے۔ پیدل چلنا اور منظم طور پر پہاڑ چڑھنا مفید ہیں، کیونکہ کام کی مقدار کو درجہ وار کیا جاسکتا ہے۔ نہایت فربہ اشخاص کو ورزش پر رغبہ کرنا اکثر دشوار ہوتا ہے، بالخصوص جب کہ درد بھی موجود ہو، جیسے کہ وجہی شیمت میں۔ ایسی صورت میں برگونی علاج (Bergonie treatment) مفید ہو سکتا ہے۔ اس میں دھواؤں اور جوارج کے عضلات میں توازن کے ساتھ منقطع کردہ فراوی زو کے ہیج سے بلا درد انقباضات

پیدا کئے جاتے ہیں۔ یہ اتنا کارگر نہیں ہوتا جتنا کہ ارادی عضلی کام، لیکن پھر بھی کچھ نہ ہونے سے تو یہی بہتر ہے۔ تحت الحار غسل مفید ہوتے ہیں، کیونکہ ان سے تحول میں زیادتی ہوتی ہے۔ ایسے غسل کی مدت ایک گھنٹے تک ہو سکتی ہے، اور پیش اتنی کم ہو جتنی کہ مریض برداشت کر سکے (شاید ۸۰ درجہ فارن ہائٹ)۔

شٹ (Schott) اور دوسروں نے نوہیم (Nauheim) میں جس علاج کی ابتدا کی ہے، اور جو مختلف برطانوی معدنی چشموں (spas) پر بہم پہنچایا جاتا ہے، اس وقت موزوں ہے جب کہ فرہی کے ہمراہ واضح قلبی علامات پائے جائیں۔ اور وہ کچھ تو طبی منسلات میں اغراق ہے، اور کچھ بازوؤں، دھڑ اور ٹانگوں کے عضلات کی منظم حرکات ہیں جو کہ ایک نگران کار آہستہ آہستہ اور مزاحمت کے خلاف کرواتا ہے اس طرح کہ حرکات کے درمیان آرام کے وقفے ہوتے ہیں۔ نوہیم کے مختلف چشموں کی پیش ۶۰-۹۵ ف تک ہوتی ہے، اور ان میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) لمحات کے علاوہ موجود ہوتی ہے، جن میں سب سے زیادہ افراط کے ساتھ سوڈیم کلورائیڈ اور کیلیم کلورائیڈ اور بائی کاربونیٹ ہوتے ہیں۔ طبی اجزاء اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کے باریک بلبلوں کے جلد پر مہیج عمل کی طرف ایک اہم اثر منسوب کیا جاتا ہے۔

درقیہ کو تھائیرائیڈیم (thyroideum) (گرتین ۱-۵) کے طور پر صرف اس وقت تجویز کرنا چاہئے جب کہ یہ باور کرنے کی کافی وجہ ہو کہ قلیل درقیت موجود ہے۔ لیکن جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، بہت سی امابتوں میں تحول طبی سے زیادہ فعال ہوتا ہے۔ تاہم درقیہ اور اراہول پیدا کر کے بھی تاثیر کرتا ہے، اور یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ سیال کا اعتبار زیادتی وزن کا ایک سبب ہے۔

تصبی

508

(infantilism)

تصبی سے مراد طفلی یا بچپن کے خصائص کا معمول کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک باقی رہنا، یا نمو کا غیر طبی طور پر دست ہونا ہے۔ یہ ضرور نہیں کہ تصبی کے

ہمراہ قومیت بھی پائی جائے، لیکن یہ ممکن ہے کہ طفلانہ شکل باقی رہ جائے، تعظم میں تاخیر ہو اور تناسلی نمونہ ہو۔ بچہ کی ذہنی ترقی میں کسی تاخیر کا ہونا ضروری نہیں۔ تصبی مختلف مزمن امراضوں اور دوسرے سببوں جیسے کہ آتشک، تدرن، پسیلا گرا (pellagra)، حمی قومزید، مزمن اہمال، بقرا سی قلت اور بعض غیر نامیاتی سموم، جیسے کہ سیسہ (lead) اور پارہ سے شافوی طور پر واقع ہو سکتی ہے۔ بچوں میں مزمن زخم کی التهاب گردہ کے ساتھ تصبی پائی جاسکتی ہے۔ ایک دوسرے گروہ میں وہ اصابتیں شامل ہیں جو دروں افزای اعضاء کے مرض، جیسے کہ قمار (cretinism) علامیہ فیروک (Froehlich's syndrome)، نخامی نامیاتی (pituitary ateleiosis)، تشنج (progeria) اور ذیابیطس ملیج کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ تصبی کی دوسری مثالیں وہ تاخیرات نمو ہیں جو عدم نمو محض (achondroplasia) عضلی ذبول، صلابت الجلد (scleroderma)، قلبی اور عروقی ضررات، کوچک سری (microcephaly)، استقاء الدماغ (hydrocephalus)، ابلہی (amentia) بیش پرورشی کہبت جگر (hypertrophic cirrhosis of the liver)، کلاں طحالی کہبت (splenomegalic cirrhosis)، اور بعض دوسرے فتورات کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔ آخر میں، صنفی قسم کی نامیاتی ہے جو مجہول المبدأ ہے اور پہلے بیان کی ہوئی نخامی قسم سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہے کہ بالآخر صنفی اعضا پختگی حاصل کر لیتے ہیں، بر بالے ملنم ہو جاتے ہیں، اور وہ فرد بعض خصوص میں ایک بچہ ہوتا ہے، اور دوسرے خصوص میں چھوٹے پیمانہ پر ایک مرد یا عورت۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 T W Adams and E P Poulton 1935 *Guy's Hosp, Rep.*
- 2 E W Amley Walker 1916 *Proc Roy Soc*, B 89, p 157
- 3 E P Poulton 1917 *Guy's Hosp Gaz*, N. S. 31, p 50

4. E Dubois (Basal Metabolism in Health and Disease) 1924 Lea & Febiger, New York,
5. R D Lawrence 1924 *Brit Med Journ*, 1, p 516
- 6 J. H Burn and H H Dale 1924 *Journ Physiol*, 59, p 164
- 7 J J R Macleod 1924 *Brit Med Journ*, 1, p 45
- 8 E P Poulton (Goulstonian Lectures) 1918 *Lancet*, June 22
- 9 Burgess, Campbell, Osman, Payne and Poulton 1923 *Lancet*, 11, p 777
- 10 C von Noorden (Pathologie d Stoffwechsels) 1906 Berlin, 1., p 207
- 11 R T Williamson (Diseases of the Spinal Cord) 1911 p 371
- 12 E. P Poulton 1924 *Brit Med Journ*, 1, p 261
- 13 W W Payne and E P Poulton 1925 *Lancet*, 11, p 638
- 14 W W Payne 1924 *Guy's Hosp Rep*, p 308
- 15 W Cramer (Fever, etc, and the Thyroid-adrenal Apparatus) 1928 London
- 16 J M H Campbell 1927 *Journ of Hygiene*, 26, p 1
- 17 Adams and Crossley 1923 *Lancet*, 11, p 501
- 18 G R Murray 1922 *Brit Med Journ*, 11, p 908
- 19 H Curschmann 1922 *Klin Wochenschrift*, June 24, p 1296
- 20 J. S. Goodall and L Rogers 1927 *Lancet*, 1, p 486.
- 21 D Hunter 1930-31 *Quart, J Med*, 24, p 393
- 22 F R. Fraser 1925 *Brit Med. Journ.*, 1, p. 1
- 23 R. D. Lawrence 1924 *Brit Med Journ*, 11, n 753

- | | | |
|--|------|---|
| E G B Calvert | 1924 | <i>Brit Med. Journ</i> , ii.,
p 834 |
| 24 Review on Biochemis-
try of Blood | 1922 | <i>Med Sci</i> , 6, p 474 |
| 25 S Graham and G H
Anderson | 1924 | <i>Quart Journ Med</i> , 18,
p 62. |
| 26 J Aigyll Campbell | 1926 | <i>Lancet</i> , 1, p 72 |
| 27 D Gyorgi (Communi-
cation) | 1929 | Assocn Physicians
Cambridge. |
| 28 F W Mott and J E
Hutton | 1923 | <i>Brit Med Journ</i> , 11,
p 95 |
| 29 P M Statistics, Lon-
don Hospital | | |
| 31 A W M Ellis | 1924 | <i>Lancet</i> , 1, p 1200 |
| 32 Tucker | 1922 | <i>Brit Med Journ</i> , 1,
"Eptome," p 25 |
| 33 I Greenwald | 1922 | <i>J Biol Chem</i> , 54, p 285 |
| 34 G Graham | 1917 | <i>Quart Journ Med</i> , 10,
p 245 |
| 35 F Dickens, Dodds, and
Wright | 1925 | <i>Bioch Journ</i> , 19, p 853 |
| 36 R A McCance and R
D Lawrence | 1929 | Med Res Council, Re-
port on Carbohydrate
Contents of Food |
| W O Atwater and A
P Bryant | 1906 | Washington The Che-
mical Composition of
American Food Mate-
rials |
| 37 H G Close | 1934 | <i>Lancet</i> , 1, p 732 |
| 38 A Walton | 1929 | <i>Eugenics Rev</i> , 20, p 253 |
| 39 W W Payne and E P
Poulton | 1928 | <i>Guy's Hosp Rep</i> |
| 40 E M Anderson and
J. B. Collip | 1934 | <i>Lancet</i> , 1, p 784 |
| 41 I Snapper | 1928 | <i>Proc Roy Soc Med</i> , 21,
p 1771 |
| 42 C Kaufmann | 1934 | <i>Proc Roc Soc Med.</i> , 27,
p 849 |
| 43 E C Dodds (Goulsto-
nian Lectures) | 1934 | <i>Lancet</i> , 1, pp 931, 988,
1048 |
| 44 P M F Bishop | 1933 | <i>Guy's Hosp Rep</i> , 83, p
308 |

- 45 A W. Spence and E. F. 1934 Therap Section, Roy.
Scowen (Communi- Soc Med
cated)
- 46 E. P Poulton and E C. 1931 *Proc. Roy. Soc. Med*,
Warner Oct 13, p 347
- 47 R McCarrison 1933 *Brit Med Journ*, 11,
p 671.
- 48 C R Harington 1933 *Proc Roy. Soc. Med.*,
26, p 870
- 49 F R Fraser 1931 *Brit Med Journ*, 1,
p 739
- 50 E P Poulton and W
L Watt 1934 *Lancet*, 11, p 535
- 51 A B Anderson, C R
Harington & D M
Lyon 1933 *Lancet*, 11, p 1081
- 52 H M Turnbull and M 1931 *Journ Path Bact*, 34,
Young p 213
- 53 W Hartston 1933 *Lancet*, 11, p 1416
- 54 E P Poulton 1936 Diet Tables and Recipes
and the Treatment of
Diabetes and Obesity

ضمیمہ

مرض گلائو کوجن (وان گلوک: Von Gierke کا گلائو کوجن) میں کبیر الکبد
(hepato-megalia glycogenica) - بچوں کے اس مرض میں جو کہ اکثر پیدائشی ہوتا ہے
جگر کی اور بعض اوقات گردوں کی کلائی واقع ہوتی ہے، اور ان اعضا اور دوسرے
اعضا میں گلائو کوجن کے ذخیرے کی زیادتی، ایک بڑی خصوصیت ہوتی ہے۔ قصبی اور ذہبی
کی طرف رجحان ہوتا ہے۔ فاقہ کشی میں دموئی شکر پست ہوتی ہے، اور دموئی شکر
برداشت کے معنی میں سقوط دیر سے ہوتا ہے۔ ایڈرینالین کا اثر اب کرنے کے بعد دموئی
شکر مرتفع نہیں ہوتی۔ دموئی گلائو کوجن اور کو لسترال بلند ہوتے ہیں اور ایسٹون بولیت
موجود ہوتی ہے۔

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۲	۱۵	inspiration	fluid vein
۱۳	۹	تنفس	خویر
۸۲	۲۰	خون زرد	خون برداشتنے
۹۳	۱۱	مسند	مسند
۹۵	۲	دینے	دینے
۱۰۰	۸	سمجھنا	عذبیہ
"	"	(streptococcus-	(staphylococcus-
۱۲۵	۱۵	کبہ	کر
۱۸۱	۴	(HYDSOTHORAX)	(HYDROTHORAX)
۱۸۹	۱۸	پولشیں	پولشوں
۱۹۹	۲۳	بکوعوم	بلعوم
۲۲۳	۸	مورقی	موروقی
۲۲۵	۶	خنجرہ	قصبہ
۲۶۵	۱۱	استدر ہوگا	استدر کم ہوگا
۲۶۶	۴	بایاں	دایاں

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۶۶	۹	بابر	اور
۲۸۲	۵	کے ساتھ	کے مرض کے ساتھ
۲۸۹	۱۰	قاہم ہو کر	رفع ہو کر
۲۹۲	شکل ۲۵ سطر ۴	(م-ک)	(م-ل)
=	۶	قلب بنگار	قلب بنگارش
۲۹۳	شکل ۲۵ سطر ۲	(م-ک)	(م-ل)
۲۹۴	شکل ۲۵ سطر ۱	(م-ک)	(م-ل)
۳۳۸	۱۹	مریض	مرض
۳۴۳	۱۲	دائیں	بائیں
۳۴۶	۲۵	دہاتی نبض	رشی نبض
۳۰۵	۱۸	ہوتا	ہوتا ہے
۴۱۱	۲۰	اپنے اپنے	اپنے
۴۲۰	۲۲	اماراب	امارات
۴۳۷	۱۱	پیری ہیں	پیری میں
۴۳۹	۴	اس وقت	اس وقت
۴۴۱	۲۵	کھلائی	دکھلائی
۴۶۵	۱۳	دائیں	بائیں
۴۷۷	۲	شرب	شرب
۴۸۷	۱۱	سخی	صحی
۴۹۱	۱۷	انبوبہ اس	انبوبہ کے اس
۴۹۶	۱	جلہ	جگہ
۴۹۸	۱۹	تخلی	تخلی
۵۱۲	۲۳	عفوی فرت	عضوی ضررات

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۵۲۱	۱	دائیں	بائیں
۵۴۹	۴	(gastro-duodenal & duodenal)	(gastro-jejunal & jejunal)
۶۳۴	۲۲	قے کرنے	بیمار ہونے
۶۴۱	۲۱	غذا غیر معمولی	غذا کی غیر معمولی
۶۴۹	۲	بروسیا ئی	یروسیا ئی
۶۷۲	۱۲	بائیں	دائیں
۶۷۵	۱۰	بائیں	دائیں
۷۰۲	۱	کیونکہ علیہ سے اولی	کیونکہ اولی
۷۳۸	۸	بے ترشہ عدم دمویت	بے صفرا بولی یرقان
۷۷۲	۱۷	نورن	ثوران
۷۸۴	۲۱	است	راست
۸۲۴	۱	امید افزا	اغلب
۸۵۱	۱۷	مقلد مٹخاچی قلت	مقلد مٹخاچی قلت
۸۶۱	۱۹	ارادی دور	ارادی طور
۸۶۴	۱۱	۲۰	۲

وان نوڈین کی غذا ، دیابیطس میں ، ۸۲۵	Von Noorden's diet in diabetes,
وان ریکنگہاؤس کا مرض ، ۸۷۹	Von Recklinghausen's disease,
آئلیے والٹر کی پیمائش بحسب کردہ وزن کی ، ۸۳۰	Walter (Ainley) calculation of predicted weight,
حرفان القلب ، ۵۱۵	Water brush,
سعال شتائی ، ۳۳	Winter cough,
لاشعاعی امیجاء ، عدد الشعاع میں ، ۴۶	X ray examination in bronchiectasis,
شکم کا ، ۴۸	of abdomen,
قلب کا ، ۲۶۵ ۲۶۶	of heart,
معدہ کا ، ۴۹۷	of stomach,
سلمہ اصفر ، عرفان میں ، ۶۳۸	Xanthelasma, in jaundice,
رود سلمہ ، دیابیطس میں ، ۸۳۰	Xanthoma in diabetes,
برقان میں ، ۶۳۸	in jaundice,
بصارت اصفر ، عرفان میں ، ۶۳۸	Xanthopsia in jaundice,
زیگل نیلسن کا طریقہ تسلوس ، ۹۳۳	Zichl Neelsen method of staining,

فرجہ ، اٹھروماہی ، ۴۴۳	Ulcer, atheromatous,
معدہ اور انا عشری کا ، ۵۳۴	of stomach and duodenum,
ھضمی ، ۵۳۴	peptic,
تدرجی التهاب قولون ، ۵۹۳	Ulcerative colitis,
التهاب درون قلب ، ۳۹	endocarditis,
بک لختکی کہتے ، ۶۵۵	Unilobular cirrhosis,
بودنا دموبی دمہ ، ۵۷	Uræmic asthma,
بول میں ڈائاسٹیس ، ۶۸۴	Urine, diastase in,
کے طبعی اجزائے ترکیبی ، ۱۵-	normal constituents of,
شری ، خراب حساسیت میں ، ۴۹	Urticaria, in allergic state,
مصرعہ مرض ، قلب کا ، مرض ، ۳۵۹	Valvular disease of heart, chronic,
کی تشخیص ، ۳۰۵	diagnosis of,
کا انداز ، ۳۰۹	prognosis of,
کا اضافی تواتر ، ۳۵۹	relative frequency of,
میں ، ۳۰۳	right sided,
وان ڈن برگ کا کا شعبہ ، ۶۳۸	Van den Bergh's test,
صاعط العروق ، ۸۸۸	Vasopressin,
استماع سرائیں ، ۲۰۰	Veins, auscultation of,
نص ورنڈی ، ۲۷۶	Venous pulse,
المیں کا ریٹیکل انساس ، ۳۱۶	Ventricular fibrillation,
حوصلہ حرار ، نفس میں ، ۱۲	Vesicular murmur in respiration,
لمبی ارتعاس ، ۷	Vibration, tactile,
دعہ ولسٹ ، ۲۱۱	Vincent's angina,
مسرخلیب ، ۸۸۶	Virilism,
م ق ح کب دودی ، ۵۵۱	Visible peristalsis,
صوتی احمال کا طبل ، ۲۲۹	Vocal cords, paralysis of,
حرف ، لمبی ، ۷	fremitus, tactile,
گنگ ، ۱۹	resonance,
بولنے کی آوازیں ، ۱۹	Voice sounds,
قتلہ الامعاء ، ۶۱۰	Volvulus of intestine,
سلی رٹوں میں کہتے ، ۱۱۶	Vomica in phthisis,
قہے ، درد پیوہ حسہ ، سرطان معدہ میں ، ۵۶۰	Vomit, coffee ground, in carcinoma of stomach,
کا امتحان ، ۴۹۹	examination of,
قہے ، دوری ، ۵۳۷	Vomiting, cyclical,
ھسٹریائی ، ۵۳۶	hysterical,
وان گریف کی امارت ، حیلوطی کا ٹر میں ، ۸۶۲	Von Graefe's sign in exophthalmic goitre,

قنال عدائی تسم الدم ، ۵۶۹	Toxaemia, alimentary,
سمی عدی سلمہ ، رویہ کا ، ۸۵۸	Toxic adenoma of thyroid,
حودرو عارمات ، ۴۹	idiopathues,
قصہ کا انصراط ، ۲۴	Trachea, compression of,
کا ڈقھیرنا ، ۲۲	diphtheria of,
مع احسام عریہ ، ۲۴	foreign bodies in,
میں بوالبدن ، ۲۳	new growths in,
کا تسدد ، ۳۳	obstruction of,
کا تصیق ، ۳۴	stricture of,
کی آتشک ، ۲۲	syphilis of,
کا تدرن ، ۲۲	tubercle of,
وصی کشاکش ، ۴۴۳	Tracheal tugging,
الہاب قصہ الرہ ، ۲۱	Tracheitis,
دل الدم ، ۷۷	Transfusion, blood,
لرس حوارح ، ححوطی کا اثر مع ، ۸۶۲	Tremors of limbs in exophthalmic goitre,
ملاتی لسد کے حررات ، ۳۵۹	Tricuspid obstructive murmurs,
ناردوی کے حررات ، ۳۵۹-۳۷۳	regurgitant murmurs,
صیق ، ۳-۴	stenosis,
ٹراسو کی امارت ، سکور میں ، ۸۷۵	Trousseau's sign in tetany,
تدرن کے عصیات کی تلوس ، ۱۳۲	Tubercle bacilli, staining of,
قلب کا ، ۳۳۱	of heart,
آب کا ، ۶۰۶	of intestine,
قصہ کا ، ۲۲	of trachea,
ٹیورکولی ، تشخیص میں ، ۱۳۲	Tuberculin in diagnosis,
کا علاج ، سل رٹوی میں ، ۱۳۰	treatment in phthisis,
تدرن حجرہ ، ۲۲۱	Tuberculosis, laryngeal,
حگر کا ، ۶۵۶	of liver,
طجال کا ، ۸۹	of spleen,
ربوی ، ۱۱۳	pulmonary,
قصی کشاکش ، ۴۵۳	Tugging, tracheal,
سلمات ، قلب کے ، ۳۳۶	Tumours, of heart,
حجرہ کے ، ۲۲۵	of larynx,
معدہ کے ، عہر حلیث ، ۵۶۲	of stomach, benign,
ٹرن برہارٹ کی سماعت بندی ، سل رٹوی میں ، ۱۲۴	Turban Berhardt classification in phthisis,
تعلیل ، ۴۷۷	Tympanites,
طلی آوارس ، قرع صدر میں ، ۸	Tympanitic sounds in percussion of chest,

کا شعہ، فیا، ہائیڈریس، نول میں سکر
 کیلئے ۸۱۲
 وانڈن رگ کا، ۶۳۸
 حصہ کی تہیج ایسٹرن سے ۸۸۸
 پرو جسٹن سے ۸۸۸
 غیر مارل، ۸۹۹
 تکرر، ۸۴۲
 حوطی کاٹر میں، ۸۶۲
 محی، ۸۴۵
 مدری اورطی کا ابوسا، ۴۵۹
 سینہ پیوندی، سل دیوی میں، ۹۴۴
 تدری انصاف میں، ۱۸۰
 دھلر کلوی، شکر کے لئے، ۸۰۹
 خلق کی گدگدی، ۲۱۳
 کے امراض، ۲۰۵
 خلقی عرق الطماس الہاب، ۴۳۲
 پریشورا میں قلب حلیات خلقی، ۷۰
 مہاجر خلقی وردی التهاب، ۴۶۳
 خلقیت، ۴۶۳
 الکلی، ۴۶۷
 قعدی، ۴۶۹
 وداحی، ۴۶۹
 حابی حوی کی، ۴۶۹
 ربوی، ۱۵۰
 قلاع، ۴۸۷
 تیوسوی عده، ۸۷۷
 کا باقی رہنا اور کلائی، ۸۶۰
 درہہ کا سرطان، ۸۵۵
 درق عده، ۸۵۲
 درق سمی الہاب عضلہ قلب، ۸۶۰
 بحامیہ کے مہیج الدرقیہ ہارمونز، ۸۸۷
 تھائراکسی، ۸۵۲
 حرری یا قبل الامرتن موج، ۲۷۴
 تناسکو کا دیمہ، ۴۲۶
 لورہ براری، حاد روماتزم میں، ۴۴۹
 التهاب اللورہ، ۲۰۵
 حراری، ۲۰۶
 لورات، لسانی، ۲۱۳
 لمعوی، ۲۱۲
 کی مرہن صحت، ۲۰۹

Test, phenylhydrazine, for sugar in urine,
 van den Bergh's,
 Testicle, stimulated by æstin,
 stimulated by progestin,
 undescended,
 Tetany,
 in exophthalmic goitre,
 latent,
 Thoracic aorta, aneurysm of,
 Thoracoplasty in phthisis,
 in tuberculous effusion,
 Threshold of kidney for sugar,
 Throat cough,
 diseases of,
 Thrombo angutis obliterans,
 Thrombocytopenia in purpura,
 Thrombophlebitis migrans,
 Thrombosis,
 coronary,
 femoral,
 jugular,
 of lateral sinus,
 pulmonary,
 Thrush,
 Thymus gland,
 persistent and enlarged
 Thyroid, carcinoma of,
 gland,
 Thyro toxic myocarditis,
 Thyro tropic hormones, of pituitary,
 Thyroxin,
 Tidal or predierotic wave,
 Tobacco angina,
 Tonsillectomy in acute rheumatism,
 Tonsillitis,
 follicular,
 Tonsils, lingual,
 pharyngeal,
 sepsis of, chronic,

سڈھم کا رن ، ۳۰۲	Sydenham's chorea,
علامات والا اور سا ، ۴۰۳	Symptoms, aneurysm, of,
عشیان ، مقامی ، ۳۶۰	Syncope, local,
علامہ ، کشک کا ، ۸۹۲	Syndrome, Cushing's,
فریٹک کا ، ۸۹۱	Frolich's,
کیرالمدی ، ۸۹۱	pluriglandular,
ہم ذات الرئوی تہیج الصدر ، ۱۶۷	Syn pneumonic empyema,
آشک ، فاب کی ، ۳۳۱	Syphilis of heart,
آب کی ، ۶۰۶	of intestine,
حجرہ کی ، ۲۲۳	of larynx,
شکر کی ، ۶۰۶	of liver,
شعر کی ، ۱۳۸	of lung,
معائے مستقیم کی ، ۶۰۹	of rectum,
قصہ کی ، ۲۲	of trachea,
آشکی شریانی التهاب ، ۴۳۰	Syphilitic arteritis,
سرعت القلب ، ۲۹۵	Tachycardia,
سادہ ، دوری ، ۲۹۶	paroxysmal, simple,
حیمہ ، آکسیجن ، ماحس میں ، ۷۵	Tent, oxygen, in emphysema of lungs,
ادیمائے شش میں ، ۸۰	in œdema of lungs,
اسرواح الصدر میں ، ۱۹۰	in pneumothorax,
کا استعمال ، دمہ میں ، ۶۰	use of, in asthma,
شعی ذات الرئہ میں ، ۱۰۳	in broncho pneumonia,
ذات الرئہ میں ، ۹۷	in pneumonia,
کا سمہ یڈرکٹ ، بول میں شکر کے لئے ، ۸۱۱	Test, Benedict's, for sugar in urine,
حیاتیاتی ، مرض ماحکن میں ، ۹۳	biological, in Hodgkin's disease,
تخمیری ، بول میں شکر کے لئے ، ۸۱۲	fermentation, for sugar in urine,
صعہ صراویہ کے لئے ، ۶۲۸ - ۶۲۹	for bile pigment,
معدہ میں خون کے لئے ، ۵۰۳	for blood in stomach,
یرقان کے لئے ، ۶۲۸	for jaundice,
بول میں شکر کے لئے ، ۸۱۱	for sugar in urine,
وطیعی ، شکر کا ، ۶۷۱	functional, of liver,
کلاکتور ، ۶۲۵	galactose,
میل کا ، ۶۲۹	Gmelin's,
گوایاکم کے دریہ ، ۵۰۴	guaiacum,
ہ کا ، ۶۳۰	Hay's,
لیوٹولور ، ۶۳۵	lævulose,
امتحای عدا ، کسری ، ۵۰۰	meal, fractional,
معدہ کے امتحان میں ، ۴۹۹	in examination of stomach,
کا شعہ راس کا ، وطیعی ، ۶۸۳	of pancreatic function,

معدہ کا اتساع، حاد، ۵۲۸	Stomach, dilatation of, acute,
گرا ہوا، ۴۹۸	dropped,
کا امتحان، ۴۹۶	examination of,
لاشاعوں کے دریغ، ۴۹۰	by X rays,
کے قلبی اختلالات، ۵۰۶	functional disorders of,
کا ریت گھڑی انقباض، ۵۵۳	hour glass contraction of,
یش تنشی، ۴۹۸	hypertonic,
در تنشی، ۴۹۸	hypotonic,
کا التهاب، ۵۳۰	inflammation of,
کا محاور البواب قرعہ، ۵۴۱	juxta pyloric ulcer of,
متارہ، ۵۵۶	leather bottle,
کے سکوی رس کا امتحان، ۴۹۹	resting juice of, examination of,
کے غیر حلیط سلعات، ۵۶۲	tumours of, benign,
کا قرعہ، ۵۳۴	ulcer of,
الہبات الم، ۴۸۲	Stomatitis,
بارقی، ۴۸۵	catarrhal,
گنگریو، ۴۸۷	gangrenous,
حلی، ۴۸۳	herpetic,
اسٹرایری مرادہ، ۶۷۳	Strawberry gall bladder,
طحال میں سخی شعریہ، ۷۰۰	Streptothrix in spleen,
تضیق، لدی، مری کا، ۴۹۲	Stricture, cicatricial, of œsophagus,
معاء کا، ۶۱۰	of intestine,
معاے مستقیم کا التهاب، ۶۰۹	of rectum, inflammatory,
قصہ کا، ۲۴	of trachea,
مری کا شخی، ۴۹۲	spasmodic, of œsophagus,
صرصرہ، ۱۶	Stridor,
پیدائشی حنری، ۲۳۷	laryngeal, congenital,
در ڈائفرامی پھوڑا، ۵۳۷، ۷۰۲	Subphrenic abscess,
استرواح الصدر، ۱۹۱	pneumothorax,
حرہ ناطق، استرواح الصدر میں، ۱۸۱	Succession, Hippocratic, in pneumothorax,
لحد سمالی امتصاص، ۱۸	Suction, post tussive,
شکر کے سربری کاشمات، نول میں، ۸۱۱	Sugar in urine, clinical tests for,
کا تحمیل، تراس کے اندرونی افرا کی	tolerance in deficiency of internal secre-
قلت میں، ۶۸۵	tion of pancreas,
سلف ہیوسگلوبن دموب، ۶۱۰	Sulphæmoglobinuria,
صیق اسبال، ۵۸۳	Summer diarrhœa,
تاجی الہبات المده، ۵۳۱	Suppurative gastritis,
فوق الکلیہ کیسے، ۸۷۸	Suprarenal capsules,
کی رسولیاں، ۸۸۴	tumours of,
فوق سرخی اصرار، محامیہ کے، ۸۸۹	Suprasellar lesions of pituitary,

تشنج مرمار ، ۲۳۲ - ۲۳۶	Spasm of glottis,
نص نگار ، ۲۷۱	Sphygmograph,
صمط النصف پیم ، ۲۷۴	Sphygmomanometer,
چھلک ، اتعاج المعدہ میں ، ۵۵۱	Splashing in dilatation of stomach,
طحال کا فعال امتلا ، ۷۸۷	Spleen, congestion of, active,
کے امراض ، ۷۸۶	diseases of,
کی مرمس کلائی ، ۷۸۹	enlargement of, chronic,
چرشی ، ۶۶۲	lardaceous,
کی شکی درجہ بیش پرورش ، ۹۰	reticulo endothelial hypertrophy of,
سانو ، ۶۶۲	sago,
کا درہ ، ۷۸۹	tubercle of,
طحالی عدم دمویت ، ۴۹	Splenic anaemia,
پیم کی ، ۴۵	of infancy,
تطجل الریه ، سعی دات الریه میں ، ۱۰۰	Splenisation of lung in broncho pneumonia,
الہاب طحال ، ۷۸۸	Splenitis,
اتلاف الدموی یرقان ، ۷۷۷	haemolytic jaundice,
کلاں طحالی کھب ، ۶۵۵	Splenomegalic cirrhosis,
کلاں طحالی مع سرد مایلی میں رفات کے ، ۷۸۹	Splenomegaly with peri ellipsoidal haemorrhages,
مع طحالی علیہ کے ، ۷۹۰	with splenic thrombosis,
ستوط طحال ، ۵۲۳	Splenoptosis,
سکہ ما اساق ، سل رؤی میں ، ۱۲۳	Sputum, nummular, in phthisis,
رکود ، لغائی ، ۵۱۳	Stasis, ileal,
معوی ، ۵۶۶	intestinal,
حالت لمبی ، ۸۷۸	Status lymphaticus,
تیموسی لمبی ، ۸۷۷ - ۸۷۸	thymo lymphaticus,
اسٹیل ویک کی امارت ، حوطی کانٹر میں ، ۸۶۱	Stellwag's sign in exophthalmic goitre,
سیت ، اور طی ، ۳۶۳	Stenosis, aortic,
پرداشی بیش پرورسی ، معدہ کی ، ۵۵۴	hypertrophic, congenital, of stomach,
مطرائی ، ۳۷۲	mitral,
دیوی ، ۳۷۲	pulmonary,
اوائی کے بعد کے اتساع کے طبعی امارات ، ۵۵۰	pyloric, physical signs of dilatation following,
ملائی ، ۳۷۴	tricuspid,
معدہ میں خون کے کاشفات ، ۵۰۳	Stomach, blood in, tests for,
کے جسم کا قرعہ ، ۵۴۱	body of, ulcer of,
کا سرطان ، ۵۵۵	carcinoma of,
میں نقص پری ، ۵۶۰	filling defect in,
کے مانیہ کا امتحان ، ۴۹۹	contents of, examination of,
کا اتساع ، ۵۵۰	dilatation of,

انشقاق قلب ، ۳۳۴	Rupture of heart,
صابو طحال ، ۶۶۲	Sago spleen,
سالسبری علاج ، فرسوس میں ، ۹۰۴	Salisbury treatment in obesity,
افراط دیق ، ۵۲۲	Saliva, excess of,
صحت گاہی علاج ، دیوی تدرن میں ، ۱۳۸	Sanatorium treatment in phthisis,
معموی ریکہ ، ۵۹۲	Sand, intestinal,
سیو کرائسین ، دیوی تدرن میں ، ۱۴۵	Sanoerysin in phthisis,
مرض شان لین ، ۷۶۹	Schonlein's disease,
صلابت ، بیش تکوینی ، منتشر ، ۴۳۵	Sclerosis, hyperplastic, disffuse,
کرنسچی ، ۴۳۳	nodular,
سدے ، ۵۶۵	Seybala,
پھیپڑوں میں ثانوی مطروحات ، ۱۶۲	Secondary deposits in lungs,
بقواس کے اندروی المرار کی قلت ، ۶۸۵	Secretion, internal, of pancreas, deficiency of,
حوں کی شرح تشمل ، ۷۱۷	Sedimentation rate of blood,
سیلارڈ کا کا شمع ، ۷۸۵	Sellard's test,
عموت ، لور تیں کی ، مرن ، ۲۰۹	Sepsis of tonsils, chronic,
دھن ، ۴۸۳	oral,
عموی التهاب درون طلع ، ۳۹۰	Septic endocarditis,
حدیدیت ، گرہکی ، ۷۸۹	Siderosis, nodular,
امارت مسیت ، ۳۶۷	Signe de Musset,
دیوی صیوائیت ، ۱۰۹	Silicosis,
چاندی کے تار حلیسی شریانی ، ارتفاع الصمط میں ، ۴۴۲	Silver wire arteries in hyperpiesia,
سائڈرکا مرض ، ۸۹۱	Simmond's disease,
حوی ادبی مسدودی ، ۲۸۹	Sino auricular block,
گرہ ، ۲۴۵	node,
حوی یقاعدگی ، ۲۸۳	Sinus irregularity,
التهاب الاخواب ، ۲۰۳	Sinusitis,
طریقہ سیی ، عصمی قرحہ کے علاج میں ، ۵۴۶	Sippy's method in treatment of peptic ulcer,
جلدی تعاملات ، حالت حساسیت میں ، ۵۱	Skin reactions in allergic state,
اسکوڈائی گمک ، ۹	Skodiac resonance,
دات الحب میں ، ۱۷۱	in pleurisy,
ساب کا قش ، ربیت کے علاج میں ، ۷۰۵	Snake venom in treatment of hæmophilia,
بھامی ناس ، ۸۹۶	Snuff, pituitary,
سپاہی کا قلب ، ۳۹۸	Soldier's heart,
قلب کی آوازیں ، ۲۵۰	Sounds, heart,
پھاوڑے جیسے ہاتھ ، عطی ادیم میں ، ۸۶۶	Spade like hands in myxœdema,

تنفس ، ذات الحب میں ، ۱۶۳
 ذات الریه میں ، ۸۱
 استرواح الصدر میں ، ۱۸۳
 ریوی تدریج میں ، ۱۱۳
 میں فلزی حسیکار ، ۱۸
 میں شش کی طبعی گنگ ، ۸
 کے اعضا کے امراض ، ۱
 میں سیہ کا حس ، ۶
 میں سیہ کا آزع ، ۷
 میں لمطات ، ۱۷
 میں حررات ، ۱۶
 اتھلا ، حگ میں گیس سے تسم کے بعد ،
 ۱۴۹
 میں، صرصرہ ، ۱۶
 لمی صوتی حقیف ، ۷
 طلی ، ۸
 میں حویصلی حریر ، ۱۲
 شکی حلیے ، ۲۳
 طحال کی شکی در حلی یش پرورش ، ۷۹۰
 طحال میں شکی درحلی نظام ، ۷۸۷
 التهاب شکی ، شرمان صلاحی ، ۳۴۲
 یس دموتی ، ۷۵۵
 حلف اللعوم حراج ، ۲۱۵
 روماتریمی التهاب قلب ، ۳۴۲
 ۳ ، ۲۳۷
 تحت الملدی کرائٹ ، ۳۴۷
 روماتریم ، حاد ، ۳۳۷
 تحت الحاد ، ۳۳۷
 التهاب الاف ، حاد ، ۱۹۷
 حساسیتی ، ۲۰۲
 مرمس ، ۲۰۱
 عرق حرکی ، حالت حساسیت میں ، ۴۹
 دوری سیلان الاف ، حالت حساسیت میں ،
 ۴۹
 حررات ، ۱۶
 دولوکی عدا دیانطس میں ، ۸۲۵
 کھپرل کی ماسد پسلیاں ، لمی شش میں ، ۱۰۷
 روتھرا کا شمع کیتویت کے لئے ، ۸۱۷
 رگڑ ، تاء موری ، ۲۶۳
 پلیٹورانی ، ۱۹
 پلیٹورانی تاء موری ، ۱۹

Respiration in pleurisy,
 in pneumonia,
 in pneumothorax,
 in pulmonary tuberculosis,
 metallic tinkling in,
 normal lung resonance in,
 organs of, diseases of,
 palpation of chest in,
 percussion of chest in,
 rales in,
 rhonchi in,
 shallow, after gas poisoning in war,
 stridor in,
 tactile vocal fremitus,
 tympanitic,
 vesicular murmur in,
 Reticulocytes,
 Reticulo endothelial hypertrophy of spleen,
 Reticulo endothelial, system in spleen,
 Retinitis, arteriosclerotic,
 leukæmic,
 Retropharyngeal abscess,
 Rheumatic carditis,
 fever,
 subcutaneous nodes,
 Rheumatism, acute,
 subacute,
 Rhinitis, acute,
 allergic,
 chronic,
 vasomotor, in allergic state,
 Rhinorrhœa, paroxysmal, in allergic state,
 Rhonchi,
 Rollo's diet in diabetes,
 "Roof tiling" ribs in fibroid lung,
 Rothera's test for ketosis,
 Rub, pericardial,
 pleuritic,
 pleuro pericardial,

تعامل ، خون کا ، ۷۹
 پروشیائی اردق ، کمیت شکر میں ، ۶۴۹
 حلدی تعاملات ، حالت حساسیت میں ، ۵۱
 معائے مستقیم کا الہائی تصدیق ، ۶۹
 سرخ تسکد ، شش کا ، لحق دات الریہ میں ، ۸۵
 تسکدہ راجعہ ، لحق دات الریہ میں ، ۸۶
 نارروی ، اور طی ، ۳۶۳
 مطائی ، ۳۷۹
 ربوی ، ۳-۴
 کلوی دمہ ، ۵۰
 شکر نولیت ، ۸۲۴
 گمک ، قدری ، ۱۰
 اسکودائی ، ۹
 صوی ، ۱۹
 تنفس ، غیر معمولی آوارس ، ۱۶
 قدری ، ۱۶
 گمک ، قرع صدر میں ، ۱۰
 یو کا ، ۶
 شعی ، ۱۵
 چس اشوکس ، ۴
 مسی ، ۱۴
 میں تسکتہ ، ۱۸
 میں فرکی آوار ، ۱۹
 میں لیس گمک ، ۹
 حراج شش میں ، ۱۰۴
 دمہ میں ، ۴۹
 شعی المہاب میں ، ۳۰
 شعی دات الریہ میں ، ۹۹
 کیلوس صدری میں ، ۱۸۳
 دیوط شش میں ، ۷۵
 تویج صدر میں ، ۱۶۳
 ایچی شش میں ، ۱۶
 شش کی گنگریں میں ، ۱۱۱
 صدر دموت میں ، ۱۸۴
 سہ الاش میں ، ۴۸
 استسقاء الصدر میں ، ۱۸۱
 لحق دات الریہ میں ، ۸۳
 بڑے شصات کے تسدد میں ، ۶۵
 ادغائے شش میں ، ۷۹

Reaction, of blood,
 prussian blue, in cirrhosis of liver,
 Reactions, skin, in allergic state,
 Rectum, stricture of, inflammatory,
 Red hepatisation of lung in lobar pneumonia,
 Redux crepitation in lobar pneumonia,
 Regurgitation, aortic,
 mitral,
 pulmonary,
 Renal asthma,
 glycosuria,
 Resonance, amphoric,
 skodiac,
 vocal,
 Respiration, adventitious sounds,
 amphoric,
 resonance in percussion of chest,
 Biot's,
 bronchial,
 Cheyne Stokes,
 cog wheel,
 crepitation in,
 friction sound in,
 hyper resonance in,
 in abscess of lung,
 in asthma,
 in bronchitis,
 in broncho pneumonia,
 in chylothorax,
 in collapse of lungs,
 in empyema,
 in fibroid lung,
 in gangrene of lung,
 in hæmothorax,
 in hay fever,
 in hydrothorax,
 in lobar pneumonia,
 in obstruction of large bronchi,
 in œdema of lungs,

کند ناص ، ۳۷۴	Pulsating liver,
نصان ، شری ، اور طی عدم کفایت میں ، ۳۶۷	Pulsation, capillary, in aortic incompetence,
یا رق کی مقدار ، ۲۶۹	or thrust, amount of,
من ، شہوق ، ۲۷۴	Pulse, anacrotic,
مرتقی ، ۲۷۲	dicrotic,
کی سختی ، ۲۷۰	hardness of,
کا صغط ، ۲۶۹	pressure of,
کمری ، ۲۶۸	radial,
کی شرح اور توارن ، ۲۶۸	rate and rhythm of,
جزی یا قبل العریث موح ، ۲۷۴	tidal or predicrotic wave,
وردی ، ۲۷۶	venous,
اور سا میں کمری نصوص کی عدم مساوات ، ۳۵۴	Pulses, radial, inequality of, in aneurysm,
نص متادل ، ۳۱۳	Pulsus alternans,
دو صری ، ۲۷۴	bisferiens,
متنص ، ۲۷۰	paradoxus,
نقلہ دار احاس پسندی ، ۲۳۷	Punctate basophilia,
حذقات کی عدم مساوات ، ۳۵۴	Pupils, inequality of,
پریپٹورا ، ۷۶۸	Purpura,
استہدای نما ، ۷۶۹	anaphylactoid,
حاطف ، ۷۷۱	fulminans,
رشو ، ۷۷۲	rheumatica,
الہاب ورید الناب ، ۷۶۸	Pylephlebitis,
انصامی ، ۷۶۸	adhesive,
تبیخی ، ۶۳۹ ۷۶۸	suppurative,
نوالی صیق کے بعد کے انساع کے طبعی امارات ، ۵۵۰	Pyloric stenosis, physical signs of dilatation following,
ربمی استرواح الصدر ، ۱۸۴	Pyo pneumothorax,
خوفیری ربمی سیلان ، ۴۸۳	Pyorrhœa alveolaris,
حرقان القلب ، ۵۱۵	Pyrosis,
دخوہ لوریہ ، ۳۰۸	Quinsy,
تعمی حاصلات تقسیم ، ۷۹۹	Quotients, respiratory,
کمری نص ، ۲۶۸	Radial pulse,
نصوص کی عدم مساوات ، اور سا میں ، ۳۵۴	pulses, inequality of, in aneurysm,
لعلات ، تمس میں ، ۱۷	Rales in respiration,
رام سٹیٹ کا حلیہ ، ۵۵۵	Rammstedt's operation,
اسامی تحولی شرح ، ۷۹۹	Rate, basal metabolic,
مرض ریباڈ ، ۴۵۹	Raynaud's disease,

کثیر خلوی دموت ، ایڈیسن کے مرض میں ، ۸۸۲
 تشوہات قلب میں ، ۳۰۸
 کثرت حلیات اجر ، ۷۶۰
 مرض شمی التهاب کے ہمراہ ، ۳۶
 کثیر لنگار ، ۲۷۷
 حثیت التهاب اعشیہ مضلیہ ، ۷۰۹
 عمومی التهاب اعشیہ مضلیہ ، ۷۰۹
 نالی کہت ، ۶۴۸
 بعد سعالی امتصاص ، ۹۸
 حمل اور مرض قلب ، ۳۸۹
 پریگنل ، ۸۹۹
 پرائس جونس کا دموی حلیہ کی توزیع کا
 معنی ، ۷۲۸
 تشلیج ، ۸۱۶ - ۸۹۱
 پروجیسٹن ، ۸۸۸ - ۸۹۰
 رور الشدق ، ۸۹۰
 پرولان ، ۸۹۹
 پرولان نامادہ ، ۸۸۸
 پروٹیوز ، حالت حساسیت میں ، ۵۱
 حکاک ، حالت حساسیت میں ، ۴۹
 حارس ، مرض حاکم میں ، ۷۹۵
 پروسیانی اردق تعامل ، کہت حکم میں ،
 ۶۴۹
 دھم کادب ، ۴۳۵
 کادب کیلوسی استسقاء شکمی ، ۶۳۸
 حیویتی کادبہ ، نسائی ، ۸۸۵
 کادب لیوٹیولور ، نول میں ، ۸۱۴
 کادب دص دموت ، ۷۹۲
 کادب مخاطی سلعہ نارطوی ، ۷۹۰
 کادب بوزیا دموت ، ۴۳۹
 نفسی اثرات ، مدہ من ہائڈروکلورک ایسڈ
 پر ، ان کی تاثیر ، ۵۰۲
 ربوی سداذیب و علقہ ، ۱۵۰
 بسدد کے حرارت ، ۲۵۹
 ناررویی کے حرارت ، ۲۵۹
 نارروی ، ۳۷۴
 صیق ، ۳۷۴
 اور ان نطقی فاصل میں سوراج ، ۴۰۴
 تدرن ، ۱۱۴

Polycythæmia in Addison's disease,
 in malformations of heart,
 rubra,
 with chronic bronchitis,
 Polygraph,
 Polyarthritis,
 Polyserositis,
 Portal cirrhosis,
 Post tussive suction,
 Pregnancy, heart disease and,
 Pregnyl,
 Price Jones blood cell distribution curve,
 Progeria,
 Progestin,
 Prognathism,
 Prolan,
 Prolan like substance,
 Proteose in allergic state,
 Prunigo in allergic state
 Pruritus in Hodgkin's disease,
 Prussian blue reaction in cirrhosis of liver,
 Pseudo angina,
 Pseudo chylous ascites,
 Pseudo hermaphroditism, female,
 Pseudolavulose in urine,
 Pseudo leukemia,
 Pseudo myxoma, peritoneal,
 Pseudo uremia,
 Psychological influences effect on hydrochloric
 acid in stomach,
 Pulmonary embolism and thrombosis,
 obstructive murmurs,
 regurgitant murmurs,
 regurgitation,
 stenosis,
 and deficiency of interventricular sep-
 tum,
 tuberculosis,
 See also Lungs

لوہیہ شادی ، ۱۹	Platelet counting,
دات الحب ، ۱۶۳	Pleurisy,
ڈائفرامی ، ۱۷۲	diaphragmatic,
سل دیوی میں ، ۱۱۹	in phthisis,
پس لقی ، ۱۷۲	interlobar,
واسطی ، ۱۷۳	mediastinal,
ناص ، ۱۷۲	pulsating,
پلیورائی رکز ، ۱۹	Pleuritic rub,
پلیورائی تاء موری فرك ، ۱۹	Pleuro pericardial friction,
دات الحب میں ، ۱۷۳	in pleurisy,
دات الحبی دات الریہ ، ۸۶	Pleuro pneumonia,
علائیہ پلومروس ، ۴۹۲	Plummer Vinson syndrome,
کثیر العدی علائحہ ، ۸۹۱	Pluriglandular syndromes,
نقۃ دیویہ ، شش کے کئی ۵ و ط میں ، ۷۶	Pneumococcus in massive collapse of lungs,
قسم اول ، کا تواتر ، دات الریہ میں ، ۹۱	type 1, frequency of, in pneumonia,
قسم سوم ، دات الریہ میں انداز ، ۹۲	type 111, prognosis in pneumonia,
تاء موری ہوائی احتیاج آب ، ۴۹۹	Pneumo hydropericardium,
تعب الریہ ، ۱۰۶	Pneumokonirosis,
دات الریہ ، ۸۱	Pneumonia,
حاد رحمہ کی ، ۹۸	acute interstitial,
بارانی ، لختکی یا رحمہ کی ، ۹۸	catarrhal, lobular or interstitial,
مرم ، ۱۰۵	chronic,
کروپی ، ۸۳	croupous,
فریڈ لینڈر کا ، ۹۸	Friedlander,
رکودی ، ۹۹	hypostatic,
استنشاق ، ۹۹	inhalation,
لحق (سق دیوی) ، ۸۳	lobar (pneumococcal),
حنا دیری ، ۱۳۰	serofulous,
عموی ، ۹۹	septic,
صری ، ۸۴	traumatic,
استرواح الصدر ، ۱۸۴	Pneumothorax,
مصنوعی ، ۱۳۱	artificial,
دیر ڈائفرامی ، ۱۸۹ - ۱۹۱	sub phrenic,
نوقلنوں ناصات ، ۷۳	Poikiloblasts,
نوقلنوں حلیات ، ۷۳	Poikilocytes,
تسم ، حراش آور گیسوں سے ، ۱۳۹	Poisoning by irritant gases,
عدائی ، ۵۸۶	food,
تطیب نما ، بول میں شکر کے کاشعہ میں ، ۸۱۳	Polariscope in test for sugar in urine,
حاد گرہکی کثیر شریانی التهاب ، ۴۲۹	Polyarteritis acute nodosa,

التهاب ناریطون ، حاد ، ۶۹۵	Peritonitis, acute,
حاد محدود المقام ، ۶۹۷	acute circumscribed,
انصامی ، ۷۰۵	adhesive,
حلی ، ۷۰۵	caseous,
مرص ، ۷۰۴	chronic,
ناثری ، ۷۰۵	fibrinous,
تسکوی ، ۷۰۵	plastic,
نقی دیوی ، ۶۹۹	pneumococcal,
تدری ، ۷۰۵	tuberculous,
گرد لوری حراج ، ۲۰۸	Peritonsillar abscess,
گرد لوری التهاب ، ۲۸	Peritonsillitis,
پزل کا کاشعہ ، کبھت حکمر مع ، ۶۴۹	Pearl's test in cirrhosis of liver,
مٹل عدم دموت ، ۷۳۶	Pernicious anæmia,
میں امتحانی عدا ، ۵۰۵	test meal in,
لعموی لورات ، ۲۱۲	Pharyngeal tonsils,
مرص التهاب اللعوم ، ۲۱۴	Pharyngitis, chronic,
فنائیل ہائڈرین کا کاشعہ ، ول میں شکر کے	Phenylhydrazine test for sugar in urine,
لکے ، ۸۱۲	
التهاب الورد ، ۴۶۲	Phlebitis,
فلعموی التهاب المده ، ۵۳۱	Phlegmonous gastritis,
قلع عصب ڈایا فرامی ، دیوی تدرن مع ،	Phrenic evulsion in phthisis,
۱۲۴	
سل دیوی ، ۱۱۳	Phthisis,
لیق ، ۱۳۱	fibroid,
سریع ، ۱۱۶	florid,
ناقیحہ ، ۱۱۳ - ۱۳۱	hilar,
دات الریوی ، ۱۳۰	pneumonic,
حاد ، ۱۱۶	acute,
پک کا مرص ، ۴۱۷	Pick's disease,
عده صولریہ ، ۸۹۶	Pineal gland,
پٹوسین ، ۸۸۸	Pitocin,
پٹرسین ، ۸۸۸	Pitressin,
بھامیہ کے مقدم لختہ کی قلت ، ۸۵۱	Pituitary, anterior lobe, deficiency of,
کا اساس پسند عدی سلمہ ، ۸۹۲	basophil adenoma of,
کے حلاصہ کا استعمال ، دیایطس ملیج میں ،	extract, administration of, in diabetes in
۸۹۵	sipidus,
عده بھامیہ ، ۸۸۶	gland,
کے درون افرازی تملقات ، ۸۸۷	endocrine relationships of,
بھامی ہارمون ، ۸۸۸	hormones,
ناس ، ۸۹۶	snuff,

التهاب لئقراس ، تقریحی ، ۶۸۸ - ۶۸۹	Pancreatitis, suppurative,
سالمہ حلیمیہ ، حجرہ کا ، ۲۲۵	Papilloma of larynx,
تامور کا ٹرل ، ۴۱۵	Paracentesis of pericardium,
سئل ، حجرہ کے عضلات معمدہ کا ، ۲۲۹	Paralysis of abductors of larynx,
حجرہ کے عضلات مقربہ کا ، ۲۳۲	of adductors of larynx,
عضلات حجرہ کا ، ۲۳۸	of laryngeal muscles,
صوتی احوال کا ، ۲۳۹	of vocal cords,
شلی رقی ، ۳۵۵	Paralytic chorea,
پیرا تھارمون ، ۸۴۰	Parathormone,
برد ورق عدد ، ۸۴۰	Parathyroid glands,
سادہ دوری سرعت القلب ، ۲۹۶	Paroxysmal tachycardia, simple,
حروم قدم یا حروعدی ، عدہ حامیہ کا ، ۸۸۶	Pars anterior or glandulosa of pituitary gland,
موحر یا حروعدی ، عدہ بحامہ کا ، ۸۸۶	posterior or nervosa of pituitary gland,
مدر کلامی ، ۳۰	Pectoriloquy,
مرض پیل انڈسٹن ، ۷۹۵	Pel Ebstein's disease,
کلاحت ریتی ، ۷۶۹	Pekosis rheumatica,
پینٹوس پیشاب میں ، ۸۱۵	Pentose in urine,
ھضمی قرعہ ، ۵۳۳	Peptic ulcer,
قوع ، استماعی ، ۲۰	Percussion, auscultatory,
استسقاء شکمی میں ، ۶۳۶	in ascites,
سیبہ میں صوت طرف شکستہ ، ۱	of chest, cracked pot sound in,
کاپیان ، ۷	description of,
قلب کا ، ۲۴۹	of heart
تاء مودی حروی استیصال ، پک کے مرض میں ، ۴۱۸	Pneudral resection in Pick's disease,
التهاب تاء مور ، ۴۱۰	Pericarditis,
مرض تصیقی ، ۴۱۷	constrictive, chronic,
تاء مور منجم ریتی عداہ کا ، ۴۱۶	Pericardium, adherent, of rheumatic origin,
کے امراض ، ۴۱۰	diseases of,
گرد معدی حراح ، ۵۳۷	Perigastric abscess,
گرد کندی التهاب ، ۶۶۷	Perihepatitis,
گرد وریدی التهاب ، ۴۶۲	Periphlebitis,
گرد طحالی التهاب ، ۷۸۸	Perisplenitis,
حرکت دودی ، مری ، ۵۵۹	Peristalsis, visible,
ناریطوی انصانات ، ۷۰۹	Pentoneal effusions,
ناریطوں کا سرطان ، ۷۱۰	Pentoneum, carcinoma of,
کے امراض ، ۶۹۵	diseases of,
میں نو نالیدی ، ۷۱۰	new growths of,

ادیمیائی التهاب حنجریہ ، ۲۱۸	Edematous laryngitis,
تعدد مری ، ۴۹۳	Esophagectasia,
مری کا سرطانی سلعہ ، ۴۸۹	Esophagus, carcinoma of,
کاندی تضیق ، ۴۹۲	cicatricial stricture of,
کے عطیے ، ۴۹۵	diverticula of,
کاحودرو اتساع ، ۴۹۳	idiopathic dilatation of,
کا تسدد ، ۴۸۹	obstruction of,
کا شجنی تضیق ، ۴۹۲	spasmodic stricture of,
ایسٹرن ، ۸۸۸ ، ۸۹۷	Estrin,
چشم لیلی ماطر ، ارتفاع الصعطمین ، ۴۴۱	Ophthalmoscopic appearances in hyperpiesia,
عموت دہن ، ۴۸۳	Oral sepsis,
آسلر کے نقاط ، ۳۹۵	Oster's spots,
التهاب العظام ، لیلی ، عمومی ، ۸۷۲	Osteitis fibrosa, generalised,
یش بردرقب میں ، ۸۷۱	in hyperparathyroidism,
ملطف ، عموت دہن میں ، ۴۸۳	rarefying, in oral sepsis
استخوان شکن حلوی سلعہ ، ۸۷۱	Osteoclastoma,
التهاب الاذن الوسطی ، عف الحاد ، ۴۴۲	Otitis media, sub acute,
دیمی حاد ، ۴۴۲	suppurative, acute,
کوکک آکسیجن ، حراثش آورگیسوں سے	Oxygen chamber, in poisoning by irritant
تسمم میں ، ۱۵۰	gases,
آکسیجن ، دہن قلی مرض میں ، ۳۸۵	Oxygen in chronic cardiac disease,
آکسیجنی حیمہ ، دمہ میں ، ۶۴	tent in asthma,
شمعی ذات الرنه میں ، ۱۰۳	in broncho pneumonia,
ششوں کے نواح میں ، ۷۵	in emphysema of lungs,
ادیمائی شش میں ، ۸	in œdema of lungs,
ذات الرنه میں ، ۹۷	in pneumonia,
استرواح الصدر میں ، ۱۹۰	in pneumothorax,
مسرع الولادة ، ۸۸۸	Oxytocin,
اودیبا ، ۲۰۲	Ozoena,
قلب کا درد ، ۴۲۱	Pain, cardiac,
حسن سلہ کا ، اس کا لیاں ، ۶	Palpation of chest, description of,
قلب کا ، ۴۲۸	of heart,
لغراس کے اندرونی افراز کی قلت ، ۶۸۵	Pancreas, deficiency of internal secretion of,
کے امراض ، ۶۸۷	diseases of,
کا امتحان ، ۶۸۲	examination of,
کے وطیقی کاشعائے ، ۶۸۳	functional tests of,
کے نوماے اور دورے ، ۶۹۳	neoplasms and cysts of,
التهاب لغراس ، حاد ، ۶۸۷	Pancreatitis, acute,
مرم ، ۶۹۰	chronic,
ترقی ، حاد ، ۶۸۸	hæmorrhagic, acute,

التهاب عضلۃ قلب ، ۳۲۷	Myocarditis,
حاد ، ۳۳۰	acute,
آتشی ، ۳۳۱	syphilitic,
درق سمی ، ۸۶۰	thyro toxic,
عضلۃ قلب کے امراض ، ۳۲۷	Myocardium, diseases of,
عاطلی ادیما ، ۸۶۵	Myxœdema,
ریر نامی قصیر قامی ، ۸۹۱	Nanism, hypophyseal,
ابی قناطر کا استعمال دات الریہ میں ، ۹۶	Nasal catheter, use of, in pneumonia,
سوء ہضم میں متلی ، ۵۹۵	Nausea in dyspepsia,
تحر ترویسی ، ۴۶۵	Necrosis, coagulative,
وقف الدمی ، قلب کا ، ۴۶۷	ischæmic, of heart,
حکری کا ، حاد ، ۶۳۳	of liver, acute,
دروں مددی نوماہیات ، ۱۵۶	Neoplasms, intra thoracic,
سقوط کلیہ ، ۵۲۳	Nephroptosis,
عصبی صمم ، ۲۴۰	Nerve deafness,
قلت حیسیات تعدیل پسند ، ۷۴۴	Neutropenia,
نورائیدہ کا خطرناک خاندانی یرقان ، ۶۳۴	Newly born, grave familial jaundice of,
نائی میں اور پیک کا مرض ، ۹۱	Nieumann Pick's disease,
طاقچہ کا لاشعاعی منظر ، معدی قرحہ میں ، ۵۴۳	Nitch, X ray appearance of, in gastric ulcer,
گرہ ، ادبی طلی ، ۲۴۵	Node, auriculo ventricular,
حوی ادبی ، ۲۴۵	sino auricular,
کرائب ، تحب الجلدی ، دوما ترمی ، ۳۴۷	Nodes, subcutaneous, rheumatic,
گرہکی یش تکویں ، حکری ، ۶۳۴	Nodular hyperplasia of liver,
صلابت ، ۴۳۳	sclerosis,
حدیدیت ، ۸۹	siderosis,
دیابیطس شکاری میں اساسی تحول کے لیے	Nomogram for basal metabolism in diabetes
قانون نکارش ، ۸۰۲	mellitus,
ناحصات طمی ، ۷۳۳	Normoblasts,
ناک کے امراض ، ۱۹۷	Nose, diseases of,
سکہ نماساق ، دیوی تدرن میں ، ۱۲۳	Nummular sputum in phthisis,
فرہی ، ۹۰۱	Obesity,
تسد ، مموی ، ۶۰۹	Obstruction, intestinal,
امارت عضلۃ سادہ ، الہاب رائدہ میں ، ۵۹۸	See also Stenosis.
تہج ، وغانی عضلانی ، ۴۷۱	Obturator sign in appendicitis,
صمی ، دیابیطس میں ، ۸۲۰	Edema, angeo neurotic,
مرض قلب میں ، ۳۲۵	cachetic, in diabetes,
شش کا ، ۷۹	in heart disease,
اعتصامی ، ۷۹	of lungs,
	suffocative,

تپیل ، ۴۷۷	Meteorism,
مٹ ہیموگلوبن دمویت ، ۷۶۶	Methæmoglobinæmia,
ام الحلیہ ، ۷۲۳	Metrocyte,
خرد نا حصات ، ۷۲۳	Microblasts,
خرد حلیے ، ۷۲۲	Microcytes,
خرد آکلات ، ۷۲۲	Microphages,
قصر حسی ، ۸۹۱	Microsomia,
شقیقہ ، حالت حساسیت میں ، ۴۹	Migraine in allergic state,
التهاب تاء مود میں لئی نقطے ، ۴۹۴	Milk spots in pericarditis,
مارائے کا مرض ، ۴۷۲	Milory's disease,
مطرائی مرض ، ۳۶۸	Mitral disease,
میں قیف نما اور کاح نما دھبے ، ۳۶۹	funnel shaped and button hole orifices in,
تسدہ کے حررات ، ۲۵۹	obstructive murmurs,
نارروی کے حررات ، ۲۵۹	regurgitant murmurs,
نارروی ، ۳۷۱	regurgitation,
صیق ، ۳۷۲	stenosis,
حجوطی کا ٹڈر میں مویٹس کی امارت ، ۸۶۳	Mobius' sign in exophthalmic goitre,
لک نوائی حلیے ، ۷۲۴	Monocytes,
لک نوائی سپید حلیے ، ۷۲۴	Mononuclear leucocytes,
محاطی قولنج ، ۵۹۱	Mucous colic,
کنڈر لختکی کمیت حکمر ، ۶۴۸	Multilobar cirrhosis of liver,
حویصلی حرر ، تنفس میں ، ۱۲	Murmur, vesicular, in respiration,
حریرات کی نوعیت ، ۲۶۰	Murmurs, character of,
قلب کے مصراعی دھبوں پر مرض کے باعث ، ۲۵۳	due to disease at valvular orifices of heart,
روں قلبی ، ۲۶۲	exocardial,
دموی ، ۲۶۱	hæmic,
حو مصراعی دھبوں کے حقیقی مرض پر منحصر نہیں ، ۲۶۱	not dependent upon actual disease of valvular orifices,
کی اہمیت ، ۲۶۰	significance of,
عضلی تحریک پذیری حجوطی کا ٹڈر میں ، ۸۶۳	Muscular excitability in exophthalmic goitre,
رائی کی کیس سے تسم ، ۱۴۹	Mustard gas, poisoning by,
فطرت طحال میں ، ۹۰	Mycosis in spleen,
لسی ماضات ، ۷۲۵	Mycoblasts,
لسی حلیے ، ۷۲۵	Myelocytes,
لسی خلوی دمویت ، ۷۵۳	Myelocythæmia,
لسی خلوی ایس دمویت ، ۷۵۲	Myelocytic leukæmia,
صلۃ قلب کا انحطاط ، ۳۲۸	Myocardial degeneration,
محاطی ادیما میں ، ۸۶۷	in myxœdema,
کے علامات ، ۳۳۲	symptoms of,

شش - سلسلہ سابق	Lung or Lungs (Cont)
کا تپنجل ، شمی دات الریہ میں ، ۱۰۰	splenisation of, in broncho pneumonia,
کی آتشک ، ۱۴۸	syphilis of,
لمی عدہ آسا کائتر ، ۸۵۵	Lymphadenoid goitre,
لمی عدی سلمہ ، حلیث ، ۷۹۲	Lymphadenoma maligna,
لمی بیض دمویٹ ، ۷۵۷	Lymphatic leukaemia,
نظام کے امراض ، ۷۹۲	system, diseases of,
لمی حلییے ، ۷۲۴	Lymphocytes,
لمی حلیہ دمویٹ ، ۷۵۷	Lymphocythæmia,
لمی دراتی سلمیت ، ۷۹۲	Lymphogranulomatosis,
لمی آسا سپید حلییے ، ۷۲۴	Lymphoid leucocytes,
لمی لمی سلمہ ، آت کا ، ۷۷	Lymphosarcoma of intestine,
قطہ میکری ، ۵۱۸	McBurney's point,
کلاں حلوی عدم دمویٹ ، ۷۳۷	Macrocytic anæmia,
کلاں آکلاٹ ، ۷۲۴	Macrophages,
کلاں حسمی ، ۸۸۷	Macrosmia,
تشوہات قلب ، پیدایشی ، ۴۰۴	Malformations of heart, congenital,
حلیث دش دش ، ارتفاع الصمط میں ، ۴۴۴	Malignant hypertension in hyperpiesia,
سلمات حجرہ کے ، ۲۲۵	tumours of larynx,
ماشو کا کا شغہ ، ۱۳۴	Mantoux test,
التهاب حلییہ ، ۲۴۴	Mastoiditis,
واسطی دات الحلب ، ۱۷۳	Mediastinal pleurisy,
التهاب واسط ، ۱۹۲	Mediastinitis,
لیق ، ۴۱۶	fibrosa,
کلائی قولوں ، ۶۲۱	Megacolon,
کیر باہضات ، ۷۲۳	Megaloblasts,
کیر حلییے ، ۷۲۲	Megalocytes,
کیر حلوی عدم دمویٹیں ، ۷۴۳	Megalocytic anæmias,
رار دم الا سود ، ۵۷۶	Melæna,
عشائی التهاب حجرہ ، ۲۱۹	Membranous laryngitis,
ما ساریقی سدادیت اور غلیت مہوی تسدد کے مشاہدہ ، ۶۱۴	Mesenteric embolism and thrombosis simulating intestinal obstruction,
بحول ، اساسی ، ۷۹۹	Metabolism, basal,
کے امراض ، ۷۹۹	diseases of,
طمی کے معیار ، ۸۰۰	normal, standards of,
فلری جھکار ، تمس میں ، ۱۸	Metallic tinkling in respiration,
مد لی حلیہ ، ۷۲۵	Metamyelocyte,
ما مد دات الرئوی تیج الصدر ، ۱۶۷	Meta pneumonic empyema,
سروحات پھیپھڑوں میں ، ۱۶۲	Metastases in lungs,
	See also Neoplasms.

تشحم الدم ، دیا بیطس میں ، ۸۱۵	Lipam in diabetes,
شکیقی ، ۸۱۶	retinalis,
لیپائیڈل ، مددالشعب کی تشخیص میں ، ۴۶	Lipiodol in diagnosis of bronchiectasis,
سرطان شس کی تشخیص میں ، ۱۶۱	of carcinoma of lung,
مہرق شجی سوء تعدیہ ، ۹۰۴	Lipodystrophia progressiva,
حگر کا حراج ، ۶۳۹	Liver, abscess of,
کا حاد اصفر دول ، ۶۴۳	acute yellow atrophy of,
کا سرطان ، ۶۶۳	carcinoma of,
کی کسمب ، ۶۴۷	cirrhosis of,
طحالی عدم دمویب میں ، ۵۰	in splenic anaemia,
کا دوری مرض ، ۶۶۶	cystic disease of,
کی نقصان رسیدگی کے باعث برقان ، ۶۳۱	damage to, jaundice due to,
کی قلب ، حالت حساسیت میں ۵۰	deficiency in allergic state
کے امراض ، ۶۳۹	diseases of,
کا امتحان ، ۶۲۲	examination of,
سحیم ، ۶۵۹	fatty,
کے وطبع کے کاسفات ، ۶۲۳ ، ۶۷۱	function of, tests of,
کل میچی ، ۶۳۸	lobnailed,
میں چرشی تمیز ، ۶۶۱	Ludicrous change in,
کا حادثہتر ، ۶۴۳	necrosis, acute,
کی نو بالیدین ، ۶۵۸	new growths of,
ناقص ، ۳۰۴	pulsating,
پک کے مرض میں مصری کی دلی حیسا ، ۴۱۸	sugar loaf, in Pick's disease
کی آتشک ، ۶۵۶	syphilis of,
کا تدرن ، ۶۵۶	tuberculosis of,
لحی دات الارہ (سبی دیوی) ، ۸۳	Lobar pneumonia (pneumococcal),
سس	Lung and Lungs,
کا حراج ، ۱۰۴	abscess of,
کا سرطانی سلعہ ، ۱۵۶	carcinoma of,
کا هموط ، ۷۵	collapse of,
کلی ، ۷۶	massive,
کا نواح ، ۶۸	emphysema of,
لیبی ، ۱۰۵	fibroid,
مددالشعب کے سامہ ، ۴۳	with bronchiectasis,
کی گمگرس ، ۱۱۰	gangrene of,
شان عا ، ۴۴	honey comb,
کا ادیمہ ، ۷۹	oedema of
کی طعی گمک ، فرع میں ، ۸	resonance, normal, in percussion,
میں ثانوی مطروحات ، ۱۶۲	secondary deposits in,
	See also Metastases

حاکمائے کرائسک ، دیوی تدرن میں ، ۱۲۵

اشک درگسور ، سے نس م ، ۱۴۹

ایکٹور تول میں ، ۱۱۴

لیوولور تول میں ، ۸۱۴

کے دریغہ کا شفعہ ، ۶۲۵

حرشی مرض ، ۶۶۰

دیوی تدرن میں ، ۱۴۰

حجری عضلات کا سائل ، ۲۳۸

صرصرہ ، پیدائشی ، ۲۳۰

تدرن ، ۲۲۱

صرصری تشیح حجرہ ، ۲۳۴

الہام حجرہ ، ۲۱۶

نارانی ، حاد ، ۲۱۶

مرض ، ۲۲

عشائی ، ۲۱۹

ادیانی ، ۲۱۸

حجرہ کی عدم حسیت ، ۲۳۸

میں احسام عربہ ، ۲۲۰

کی آتشک ، ۲۲۴

کے سلعات ، ۲۲۵

حائوی حوی کی علیہ ، ۴۶۹

مدارہ نما معدہ ، ۵۵۶

لیڈرکی اتلاف الدموی عدم دموی ، ۴۹

ایکال کا کا شفعہ ، کیٹوایب کے لیے ، ۸۱-

سپید حلیات کی تعداد ، خون میں ، ۱۹۰

کے اقسام ، ۷۲۳

سپید حلیہ دموی ، ۷۵۱

ایص دموی ، ۷۵۱

غیر ایص دموی ، ۷۵۱

ایص ، ۷۵۰

حاد اور مرض ، ۷۵۸

ایص حلوی ، لف آسا نا غیر درانی ، ۷۰

لی ناھمی ، ۷۵۳

لی حلوی ، ۷۵۲

مرض ، ۷۵۴

گرھکی ، ۷۵۲

لسانی لورات ، ۲۱۳

Kronig's isthmus in phthisis,
Krysolgan See Gold

Lacrymatory gases, poisoning by,

Lactose in urine,

Lamulose in urine,
test,

Lardaceous disease,
in phthisis,

Laryngeal muscles, paralysis of,
stridor, congenital,
tuberculosis,

Laryngismus stridulus,

Laryngitis,
catarrhal, acute,
chronic,
membranous,
adenomatous,

Larynx, anæsthesia of,
foreign bodies in,
syphilis of,
tumours of,

Literal sinus, thrombosis of,

Leather bottle stomach,

Lederer's hemolytic anæmia

Legal's test for ketosis,

Leucocytes in blood, number of,
varieties of,

Leucocythæmia,

Leucocytosis See Blood changes

Leukæmia,

aleukæmic

lymphatic,

acute and chronic,

lymphocytic lymphoid or nongranular,
myeloblastic,

myelocytic,

chronic,

nodular,

Lingual tonsils,

آنت کی آتشک ، ۶۰۶	Intestine, syphilis of,
کا تدرن ، ۶۰۶	tubercle of,
کا قتلہ ، ۶۱۰	volvulus of,
درون صدری نوماہیات ، ۱۵۶	Intra thoracic neoplasms,
کاسل کا درونی عامل ، ۳۰	Intrinsic factor of Castle,
ادخال اسونہ ، ۱۸۱ عشری میں ، ۶۷۲	Intubation, duodenal,
الہاماد الامعاء ، ۶۱۰ ۶۱۶	Intussusception,
حراثش آورگنسوں سے نسوم ، ۱۴۹	Irritant gases, poisoning by,
وقف الدمی دول ، ۴۳۶	Ischaemic atrophy,
تجر طب کا ، ۶۷	necrosis of heart,
برقان مع کھچلی ، ۶۲۸	Itching in jaundice,
برقان ، ۶۳۶	Jaundice,
بے صفرا ولی ، ۴۷	acholic,
اکتسابی ، ۴۸	acquired,
خاندانی ، ۴۷	family,
بارانی ، ۶۴	catarrhal,
مفروق ، ۶۳۳	dissociated,
اولی کندی نقصان رسیدگی کے باعث ، ۶۳۱	due to primary liver damage,
وامی ، ۶۴۱	epidemic,
وراثیدہ کا ، خاندانی ، ۶۳۷	familial newly born,
دم پاشیدہ ، ۶۳۱	haemolytic,
کلان طحالی ، ۷۷	splenomegaly
کندی ، ساری ، معمولی ، ۶۷	hepatic, infective, common
تسدی ، ۶۳۲	obstructive,
عجی ، ۶۳۳	latent,
کی امراضیات ، ۶۳	pathology of,
کے لئے کاسفات ، ۶۲۸	tests for
صائمی فروح ، ۵۴۹	Jejunal ulcers
وداحی عاہیت ، ۴۶۹	Tongue thrombosis
مخاورا الواب فرجہ ، ۵۰۱	Tuxta pyloric ulcer,
قرنیت بلعوم ، ۳۰۷	Keratitis, pharyngis
کتوویت کے لئے سرری کاسفات ، ۸۱	Ketosis, clinical tests for
کی تعریف ، ۷۸	detection of,
دمایطس میں ، ۸۱۶	in diabetes,
سگردے کی کلانی ، دیابیطس ملج میں ، ۸۱۴	Kidney enlargement of, in diabetes insipidus
کیک گزیدہ ، ۳۹۳	flea bitten,
کا چرشی مرض ، ۶۶	Ludaceous disease of,

یرقان نورائیدہ ، ۶۳۳	Icterus neonatorum,
سمی خودرو عارضات ، ۵۰	Idiopathies, toxic,
لغائبی رکود ، ۵۶۴	Ileal stasis,
لغائبی اعوری انعامدالامعاء ، ۶۱۷	Ileo caecal intussusception,
لغائبی قولوی انعامدالامعاء ، ۶۱۷	Ileo colic intussusception,
معدی اور اثنا عشری ایلاؤس ، ۵۲۸	Ileus, gastric and duodenal,
مساعی نقل الدم ، ۷۷۷	Immuno transfusion,
شیرجوازی کی طحالی عدم دمویت ، ۷۴۵	Incompetence See Regurgitation
صلیابی معوی التهاب ، ۵۸۳	Infancy, splenic anaemia of,
ھرکیولی قسم ، ۸۸۵	Infantile enteritis,
تصلی ، شکمی ، ۵۸۹	Hercules type,
کے اقسام ، ۹۰۶	Infantilism coeliac,
مفصہ قلب کا ، ۴۶۵	types of,
سرخ ، ۴۶۵	Infarct, of heart,
سپید ، ۴۶۶	red,
سدادی مععات ، طحال میں ، ۷۸۸	white,
سرانت دنایطس میں ، ۸۳۸	Infraets, embolic, in spleen,
ساری التهاب دروں قلب ، ۳۹	Infection in diabetes
دردریش ، شحمی ، شکر میں ، ۶۵۹	Infective endocarditis,
ریمی ، لخی دات الریہ میں ، ۸۵	Infiltration, fatty, in liver,
استنشاق دات الریہ ، ۹۹	purulent in lobar pneumonia,
ممانہ قلب ، ۳۳۷	Inhalation pneumonia,
الدولیں کا استعمال ، ۸۰۶	Inspection of heart,
دنایطس میں ، ۸۳۹	Insulin administration of
کے درجہ دنایطس کے علاج کے لئے	in diabetes,
مریض کا انتخاب ، ۸۳۳	treatment of diabetes, choice of case for
عرحان متوقف ، ۴۴۵	Intermittent claudication
الدروی افراز کے امراض ، ۹۹۷	Internal secretion, diseases of,
ہی کلوی نظام ، ۸۷۸	Interrenal system
معوی نارلت ، ۵۸۰	Intestinal catarrh,
تسد ، ۶۹	obstruction,
حاد کے علامات ، ۶۱۲	acute, symptoms of,
مرمں کے علامات ، ۶۱۳	chronic, symptoms of,
ریک ، ۵۹۲	sand,
رکود ، ۵۶۶	stasis,
آنت سے رز ، ۵۷۵	Intestine, hæmorrhage from,
کی بنالیدی ، ۶۰۶	new growths of
کا تصیق ، ۶۱۰	structure of,

استرواح الصدر میں ہرہ قراط ' ۱۸۸	Hippocratic succussion in pneumothorax,
ہرش سپرونگ کا مرض ' ۶۲۱	Hirschsprung's disease,
بالغ شعرائیت ' ۸۸۶	Hirsutism, adult,
گل میچی جگر ' ۶۴۸	Hobnailed liver,
مرض ہاجکن ' ۷۹۳	Hodgkin's disease,
سان نماس ' ۴۴	Honey comb lung,
حرائ ہارمون ' ۸۹۷	Hormone, follicular,
نحامی ہارمون ' ۸۸۸	Hormones pituitary,
معدہ کا ریب گھڑی انقباض ' ۵۵۳	Hour glass contraction of stomach,
رحاحی خلیے ' ۷۲۲	Hyaline cells,
کستہ دو رے قلب کے ' ۳۳-	Hydatid cysts of heart,
دوری استسماے مفصلی، حالت حساسیت میں، ۴۹	Hydrarthrosis proxymal, in allergic state,
تاء موری اجماع آب ' ۹۱۸	Hydropneumothorax,
آبی استرواح الصدر ' ۱۸۴	Hydro pneumothorax
استسقاء الصدر ' ۱۸۱	Hydrothorax,
نیش انڈر سالیٹ ' ۸۸	Hyperadrenism,
نیش کلسیٹ ' ۸۷۱	Hypercalcaemia,
نیش تناسلیٹ ' ۹۰۰	Hypergenitism,
خود عود نیش اسولائیٹ ' ۸۵۹	Hypernephrosis spontaneous,
نیش رد دروت ' ۸۱	Hyperparathyroidism,
ارتفاع الضغط ' ۴۳۹	Hypertension,
نیش نحمات ' ۸۸۷	Hypertuturism,
گرہیکی انس تکوین، جگر کی ' ۶۴۵	Hyperplasia, nodular, of liver,
قرع سہ میں نیش گنگ ' ۹	Hyperresonance in percussion of chest
ارتفاع الضغط میں حدث نیش تشی ' ۴۴۴	Hypertension, malignant, in hypertensia
نیش پرورشی صفراوی کیبٹ ' ۶۵۵	Hypertrophic biliary cirrhosis,
قلب کی نیش پرورس ' ۳۱۷	Hypertrophy of heart,
ولیل تناسلیٹ ' ۹۰۰	Hypogenitism
قلین شکر دموت ' ۸۵۰	Hypoglycemia
قلیل شکر دمویق دوما ' ۸۵۰	Hypoglycemic coma,
رور نامی شخصی تناسلی سوء معدہ ' ۸۹۱	Hypophyseal dystrophy adiposogenitalis
صدر فامتی ' ۸۹۱	nanism,
قلیل نعامیت ' ۸۸۷ - ۸۹۱	Hypopituitarism,
رکودی ذات الرہ ' ۹۹	Hypostatic pneumonia,
ہسٹریکائی نے ' ۵۲۶	Hysterical vomiting,
یرقان ' ۶۲۶	Icterus,
مفروق ' ۶۲۶	dissociated,
مخفی ' ۶۲۶	latent,

قلب کا انحطاط لوی، ۳۲۸	Heart, pigmentary degeneration of,
کی پیدائش اور وقت صدمات، ۲۸۹	premature beats of,
کی شعاعیاتی تشعشع، ۲۶۷	radiological anatomy of,
میں راست حاسی اور چپ حاسی علیہ، ۳۲۱-۳۲۰	right sided and left sided preponderance of,
کا یلوی مصرعی مرض، ۳۷۳	right sided valvular disease of,
کا اشتقاق، ۳۳۳	rupture of,
حوق ادیبی مسدودی، ۲۸۹	sino atriular block,
کی حوق کے قاعدگی، ۳۸۳	sinus irregularity of,
سپاہی کا، ۳۹۸	soldier's
آوارس، ۳۵۰	sounds,
کی آتشک، ۳۳۱	syphilis of,
کا تدرن، ۳۳۱	tubercle of,
کے سلعات، ۳۳۶	tumours of,
کا مرمن مصرعی مرض، ۳۵۹	valvular disease of, chronic,
کی تشخیص، ۳۷۵	diagnosis of,
کی تحریر، ۳۸۰	prevention of,
کا امداد، ۳۷۹	prognosis of,
کا اصاق نوار، ۳۵۹	relative frequency of,
کا لٹری دیشکی انحصار، ۳۱۶	ventricular fibrillation of,
کی نو عمری کی بے قاعدگی، ۳۸۳	youthful irregularity of,
	See also Cardiac
رفن لصبی، ۳۵۵	Hemichorea,
روی لصبی فالج، ۳۵۵	Hemiplegia, chorea,
ہیناک کا پریپیٹورا، ۷۷۹	Henoch's purpura
معانی تسدد کے مشابہ، ۶۱۰	simulating intestinal obstruction
کندی قلب، حالت حساست میں، ۵	Hepatic deficiency in allergic state
رقان، معمولی ساری، ۶۳۰	jaundice, infective, common,
تسددی، ۶۳۳	obstructive
	see also under Liver
رمادی تسدد، سن کا، لٹی دات الزہ میں، ۸۵	Hepatisation, grey, of lung, in lobar pneumonia,
الہاب سکر، حاد، ۶۳۰	Hepatitis, acute,
وان سکرل کا سلائیکو حن آفرین کبر الہ، ۹۱۰	Hepato megaly glycogenica of Von Gierke
سدوط کسد، ۵۲۳	Hepatoptosis,
ڈائفرامی فنی، ۱۸۹	Hernia, diaphragmatic,
عینی الہاب العم، ۴۸۳	Herpetic stomatitis,
ہیکسیویرانک ایسڈ، ۸-۸	Hexuronic acid,
سل نالچہ، ۱۱۰-۱۳۱	Hilum phthisis,

سہالہس '۳۸	Hay fever,
ھے کا کاشھے '۶۳۰	Hay's test,
قلب کے فعل کی غیر طبعی حالتیں '۳۰۹	Heart, abnormalities of action of,
میں برقی وابہ نگاری '۳۸۰	electro cardiography in,
ایڈمز اسٹوکس کا علاقہ '۲۸۳ ۲۸۶	Adams Stokes syndrome,
بہ نادل '۲۱۳	alternation of,
کا انورس '۳۳۵	aneurysm of,
کا اورطی مرض '۳۶۱	auric disease of,
کے ادس کارسیکی ان اس '۳ ۳	auricular fibrillation of,
کارہرفہ '۳۰۹	flutter of,
کی مسدودی '۲۸۳	block,
کا ہودا دول '۳۲۸	brown atrophy of,
کی فاللیس حمید کی حدیں '۲۶۳	capacity of, for effort estimation of,
کے م م مرس کا عرج '۳۸۱	chronic disease of, treatment of,
کی تعویض '۲۱۶	compensation of,
کے پیدا سی تسوہات '۳ ۳	congenital malformations of,
کا اماں دہہ '۳۳۰	cysticercus of,
کا اتساع '۳۲۱	dilatation of,
کا مرض اور حمل '۳۸۹	disease and pregnancy,
کے عضلہ کے امراض '۳۳۰	diseases of myocardium,
کا غیر منتظم فعل '۳۹۸	disordered action of,
علاقہ جہد '۳۹۸	effort syndrome,
کا امتحان '۳۳۰	examination of,
لاسماعوں کی مدد سے '۲۱۵	by X rays,
کے مسرود اسکیماسات '۲۸۹	extra systoles of,
کی تعویض کا فشل '۳۳۰	failure of compensation of,
کا سطحی احتیاط '۳۲۸	fatty degeneration of,
کا لیبی احتیاط '۳۳۰	fibroid degeneration of,
کا کثیر الوفوع فعل '۲۹۵	frequent action of,
کی نو بالیدگیوں '۳۳۶	growths of,
کے کیسیبی دو برے '۳۳۰	hydatid cysts of,
کی نس پرورش '۳۱۰	hypertrophy of,
منحرف المارکر '۳۱۸	incentric,
کا دل الوفوع فعل '۳۱۵	infrequent action of,
کا وقف الدمی نخر '۳۶۰	ischemic necrosis of,
حلیث المہاب درون قلبہ '۳۹	malignant endocarditis,
مطرائی مرض '۳۶۸	mitral disease,
ناروری '۳۰۹	regurgitation,
صنق '۳۰۲	stenosis,
کے طفیلیات '۳۳۶	parasites of,

کائٹر ، کولائیڈ ، ۸۵۵	Goitre, colloid,
مقامی الحدوث یا امراض الحدوث ، ۸۵۳	endemic or sporadic,
حجوطی ، ۸۵۶	exophthalmic,
لمبی عدہ آسا ، ۸۵۵	lymphadenoid,
روی مدرق کے علاج میں سونا ، ۱۳۵	Gold in treatment of phthisis,
مہیج المولدات ہارمونز ، ۸۸۷	Gonadotropic hormones,
ناسلی عدد ، ۸۹۷	Gonads,
کارڈن کا قشت ، مرض ہا حکن کے علاج میں ، ۷۶۶	Gordon's virus in treatment of Hodgkin's disease,
گراہام کی غذا ، دیابتس میں ، ۸۳۵	Graham's diet in diabetes,
کاشعہ ، مرادہ کے وطیعہ کے متعلق ، ۶۷۱	test of gall bladder function,
سن راسی اریکی سلمہ ، عفوت دہن میں ، ۴۸۳	Granuloma, apical, in oral sepsis,
مرض گریو ، ۸۵۶	Graves' disease,
لمبی ذات الریہ میں رمادی تکسد ، ۸۵	Grey hepatisation of lung in lobar pneumonia,
ذات الحلب میں گروکوکا برد فوری ملٹ ، ۱۷۱	Giocco's paravertebral triangle in pleurisy,
گوایا کم کے درجہ امتحان ، ۴	Guaiacum test,
دیابتس میں گوئیلا کی غذا ، ۸۳۵	Guelpa's diet in diabetes
دموی جوہر ، ۷۳۰	Hamatinic principle,
حون لوبیہ ، ۶۳۸	Hamochromatosis,
دموی حلیہ پیما ، ۱۸۷	Hamocytometer,
ہیموگلوبن کی تخمین ، ۱۹۷	Hamoglobin, estimation of,
ہیموگلوبن اولیہ ، ۶۳۷	Hamoglobinuria,
دوری ، ۶۵۷	puoxysmal
اتلاف الدموی عدم دموتیں ، ۷۳۶	Hamolytic anamias,
یرقان ، ۶۳۱	jaundice,
کلاں طحالی ، ۴۷۷	splenomegaly,
لیڈرکی ، ۴۹۹	Ledder's,
تاء مودی احتیاج الدم ، ۴۳۰	Hamopericardium,
بریتیت ، ۷۷۳	Hamophila,
دموی استرواح الصدر ، ۱۸۴	Hæmo pneumothorax,
بغث الدم ، ریوی تدرن میں ، ۱۲۳ - ۱۳۵	Hæmoptysis in phthisis,
برف معوی ، ۵۷۵	Hæmorrhage from bowel,
ریوی تدرن میں ، ۱۱۹	in phthisis,
	See also Hæmoptysis
رق حراح ، ۷۶۸	Hæmorrhagic diathesis,
التهاب سقاس ، ۶۸۹	pancreatitis,
صدر دموتیت ، ۱۸۲	Hæmothorax,
ہیلڈ اور کرسچین کا مرض ، ۷۹۱	Hand Christian's disease,
ہینوکی کہت ، ۶۵۵	Hanot's cirrhosis,

فرك ، پليورائی ناہ موری ، ذات الحیت میں ۱۰۳	Friction, pleuro pericardial, in pleurisy,
کی آواز ، سانس لینے میں ، ۱۶	sound in breathing,
فردل لنڈر کا ذات الریه ، ۹۸	Friedlander pneumonia,
فروالک کا علاءہ ، ۸۹۱	Froehlich's syndrome,
حکمر کے وظیفہ کے کاشفات ، ۶۲۳	Function of liver, tests of,
گلاکتوز کا کاسہ ، ۶۲۵	Galactose test,
مرارہ کی کالکسٹریڈیٹ ، ۶۷۳	Gall bladder, cholesterosis of,
اسٹرائیری ، ۶-۳	strawberry
سنگ صغرا کا سوء هضم ، ۶-۹	Gall stone dyspepsia
سنگھائے صغرا ، ۶-۶	Gall stones,
سنگمرس دیاسفاس میں ، ۸۲	Gangrene in diabetes
شس کی ، ۱۱	of lung
مشاکل ، ۴۶۰	symmetrical,
حراش آور گیسوں سے نسم ، ۱۶۹	Gases irritant poisoning by,
الہاب المعده ، حاد ، ۵۳	Gastritis acute
مزمن ، ۵۳۲	chronic,
نہیحی نا ولعموی ، ۵۳۱	suppurative or phlegmonous
معدي قولوی ناسور ، ۵۵۰	Gastro coelic fistula
مکروسہ ، ۵۶۳	reflex
معده راد اسہال ، ۵۰۳	Gastrogenous diarrhoea
معدي لغابی مکروسہ ، ۵۶۳	Gastro ileal reflex
معدي معانی اختلالات ، حالت حساسیت میں ،	Gastro intestinal disturbances in allergic state
معدي صاعی روح ، ۵۴۹	Gastro jejunal ulcers,
معدي صاعی قنویہ کے عواقب ، ۵۴۸	Gastro jejunostomy, sequelae of
سقوط المعده ، ۵۲۳	Gastroptosis,
معده ہی ، حمیدتر ، ۵۰۵	Gastroscope flexible
گاؤڈکا مرض ، ۷۹۱	Gautier's disease,
کروٹوب کے لٹھے گروہارٹ کا کاسہ ، ۸۱۰	Gerhardt's test for ketosis
عمدہ ، ۸۹۱	Gigantism,
گلک کا مکسجر ، ۲۱	Glegg's mixture
گلنارد کا مرض ، ۶۲۳	Glenard's disease,
تسج مرمار ، ۲۳۲ ۲۳۶	Glottis, spasm of,
مرض گلائکوجن ، ۹۱	Glycogen disease,
سکراولیت ، عداقی ، ۸۱۹	Glycosuria, alimentary,
کلوی ، ۸۲۲	renal,
گلایکوریڈائک ایڈنول میں ، ۸۱۲	Glycuronic acid in urine,
میلن کا کاسہ ، ۶۳۹	Gmelin's test,

احتصا ، ۸۹۹	Eunuchism,
حصیائی ، ۹۰۰	Eunuchoidism,
ایوالڈ کا امتحان ناشہ ، ۴۹۹	Ewald's test breakfast,
امتحان سینه ، ۱۰	Examination of chest,
محفوظی گائٹر ، ۸۵۶	Exophthalmic goitre,
محفوظ العین ، گائٹر میں ، ۸۶۱	Exophthalmos in goitre,
سل رٹوی میں نشت ، ۱۲۳	Expectoration in phthisis,
کاسل کا بروی عامل ، ۷۳۰	Extrinsic factor of Castle,
امارت ارو ، عطافی ادما میں ، ۸۶۶	Eyebrow sign in myxœdema,
شحم سدادب ، ۱۵۳	Fat embolism,
شحمی انحطاطات ، حکر میں ، ۶۵۹	Fatty degenerations in liver,
فلب کے ، ۳۲۸	of heart,
فجذی علیہ ، ۴۶۹	Femoral thrombosis,
بول میں شکر کا تخمیری امتحان ، ۸۱۲	Fermentation test for sugar in urine,
ریشکی انقباض ، ادس کا ، ۳۰۴	Fibrillation, auricular,
نطس کا ، ۳۱۶	ventricular,
بیڈی کا لیبی عدی انحطاط ، ۹۰	Fibro adenie, Banti's,
لیبی انحطاط فلب کا ، ۳۳۰	Fibroid degeneration of heart,
شش ، ۱۰۵	lung,
لیبی شش مدد الشعب کے ہمراہ ، ۴۳	Fibroid lung with bronchiectasis,
سل ، ۱۳۱	phthisis,
حمجرہ کا سلمہ لیغیہ ، ۲۲۵	Fibroma of larynx,
لیغیہ ، شربانی شعری ، ۲۲۵	Fibrosis, arterio capillary,
تلف شش ، ۱۵	of lung,
مرغان معدہ میں نقص پری ، ۵۶	Filling defect in carcinoma of stomach,
معدی دوالوی ناسور ، ۵۵۷	Fistula, gastro colic,
سوء ہضم میں رنجیب ، ۵۱۵	Flatulence in dyspepsia,
کیک گردہ گردے ، ۳۹۳	Flea bitten kidneys,
استسقاء شکمی میں موح ، ۴۷۹ ، ۶۳۶	Fluctuation in ascites
ادبی دفرہ ، ۳۰۱	Flutter, auricular,
جنای لے ، ۲۵۲	Fœtal rhythm,
فالکولس ، ۶۷	Folliculin,
عدائی تسمم ، ۵۸۶	Food poisoning,
سوراح یضوی ، مفتوح ، ۴۰۴	Foramen ovale, patent,
احمام عربہ ، آب میں ، ۶۰۹	Foreign bodies in intestine,
حجرہ میں ، ۲۲۷	in larynx,
قصۃ الریہ میں ، ۲۴	in trachea,
کسری امتحان عدا ، ۵۰	Fractional test meal,
حسیات کی شکائی ، ۷۷	Fragility of corpuscles,

نماح ، شش کا ، ۶۸	Lymphsema of lungs,
خرد ششی ، ۷۰	small lunged,
معدہ الشعب کے ہمراہ ، ۴۳	with bronchiectasis,
تھلیج صدر ، ۱۶۳ ۱۶۷	Empyema,
ناص ، ۱۰۲	pulsating,
دماغ ، ۴۴۴	Lucephalopathy,
درون طبع کا التهاب ، حاد ، ۳۴۱ ۳۵۹	Endocarditis, acute,
جرومی ، ۳۹۰	bacterial,
مرمی ، ۳۵۹	chronic,
ساری ، ۳۹۰	infective,
طبی ، ۳۹۶	lenta,
عموی ، ۳۹	septic,
تورجی ، ۳۹۰	ulcerative,
محامیہ کے درون افرازی تعلقات ، ۸۸۸	Endocrine relationships of pituitary
درون وردی التهاب ، ۴۶۲	Endophlebitis,
معوی التهاب ، ۵۰۹	Enteritis,
نارای ، ۵۷۹ - ۵۸۰	catarrhal,
صلیانی ، ۵۸۳	infantile,
فلمعوی ، ۵۹۰	phlegmonous,
شج الامعاء ، ۵۶۵	Enterospasim,
معوی رکود ، ۵۰	Enterostasis,
ایوسین پسند سپید خلیات ، ۷۲۳	Eosinophil leucocytes,
دمہ میں ایوسین پسند خلیات کی رنادی ، ۵۹	Eosinophilia in asthma,
محامیہ کا ایوسین پسند عدی سلعہ ، ۸۸۹	Eosinophilic adenoma of pituitary,
وبائی برفان ، ۶۴۱	Lpidemic jaundice,
صرع ، حالت حسامیت میں ، ۴۹	Epilepsy, in allergic state,
ایپی نیرین ، ۸۷۹	Epinephrin,
رہاں ، ۴۰۴	Epistaxis,
نڈرن نما ، ۱۱۵	Epituberculosis,
ادب کی علامت ، تکرر میں ، ۸۷۵	Erb's sign in tetany,
اسر دموب ، ۷۶۰	Erythraemia,
ناحصات اسر ، ۷۲۳	Erythroblasts,
خلیات اسر ، ۷۲۳	Erythrocytes,
اسر خلویت ، ۷۶۳	Erythrocytosis,
جرمی وضع الحوارج ، ۴۳۸	Erythromelalgia,
دسیج اسر ، ۷۲۹	Erythron,
ایسکاتین ، ۸۷۹	Eschatin,
یوکارٹون ، ۸۷۹	Eucortone,

عطعات مری کے ' ۴۹۵	Diverticula of œsophagus,
النبات عطعه ' ۶۰۳	Diverticulitis,
عطعب ' ۶۰۳	Diverticulosis,
معدی قرحہ میں عطعه کا لاسماعی منظر ' ۵۴۶	Diverticulum, X ray appearance of, in gastric ulcer
ونات شربانی ' مفتوح ' ۴۰۴	Ductus arteriosus, patent,
اشاعشری میں ادخال اسوبہ ' ۶۰۳	Duodenal intubation,
اشاعشری کا اساع ' حاد ' ۵۳۸	Duodenum, dilatation of, acute,
کے عطعات ' ۵۴۴	diverticula,
کا قرحہ ' ۵۳۴	ulcer of,
فرمیب ' ۸۹۱	Dwarfism,
نعامی ' ۸۹۱	pituitary,
عسرتور ' ۵۶۳ ۵۶۴	Dyschezia,
سؤھضم ' ۵۰۶	Dyspepsia,
حاد ' ۵۰۶	acute,
رائدی ' ۶۰۰	appendix,
مرس ' ۵۰۸	chronic,
مہراکا ' ۶۰۹	gall stone
سل ربوی میں ' ۱۳۹	in phthisis
نعامیب فانر ' ۸۸۹	Dyspituitarism,
مہر کی تعریف ' ۳	Dyspnoea, definition of
ربوی تدرن میں ' ۱۳۳	in phthisis
سجمی تماسلی سؤتمدہ ' ۸۹۱	Dystrophia adiposogenitidis,
کان کے امراض ' ۳۳۹	Fun diseases of,
کان کا درد ' ۳۴۱	Farache,
ایکرمہ ' حالت حساسیت میں ' ۴۹	Eczema in allergic state
علامہ حیدر ' ۳۹۸	Effort syndrome,
حکک میں گیس تہ مسموم سدہ ہوئے لے	after gas poisoning in war,
ہد ' ۱۴۹	
ابن ہارن کا اشاعشری ادوبہ ' ۶۰۳	Linhorn's duodenal tube,
عراطلی ادما میں پست وولٹیج کی برقی ملی	Electrocardiogram low voltage, in myode-
سکارش ' ۸۶۷	ma,
برقی فلٹسکاری ' ۳۸۰	Electrocardiography,
ہلیجی نما احسام ' طحال میں ' ۸۷	Llhapsoids in spleen,
سدادت ' ۴۶۳	Embolism,
ربوی ' ۱۵۰	pulmonary,
حلی قلب ' ۳۵۴	Embryocardia,
اماح ' تعویعی ' ۷۰	Emphysema, compensatory,
کلاں ششی ' ۷۱	large lunged,

دیابتس کا علاج مابعد ۸۴۷	Diabetes, after treatment of,
میں سرایت ، ۸۴۸	infection in,
سليم ، ۸۲۲	innocens,
ملیح ، ۸۹۳	insipidus,
شکری ، ۸۰۲	mellitus,
اسولین کے علاج کے لیے مریض کا انتخاب ، ۸۲۳	choice of case for insulin treatment of
کی امراضات ، ۸۸	pathology of,
دیابتسی کوما ، ۸۲۱	Diabetic coma,
کا علاج ، ۸۴۹	treatment of,
ڈائفرام فٹ ، ۱۹۰	Diaphragmatic hernia,
دات الحلب ، ۱۷۲	pleurisy,
اسہال ، ۵۷۳	Diarrhoea,
صراوی ، ۵۰۵	bilious,
ہضوی ، ۵۰۴	choleric,
دونانی ، ۵۷۵	colliquative,
خرابی ، ۵۰۵	critical,
رحبری ، ۵۷۵	dysenteric
معدہ راد ، ۵۷۳	gastrogenous,
صدائی ونائی ، ۵۸۴	intertile, epidemic,
حلقی ، ۵۰۵	lienteric,
مکوس ، ۵۷۴	reflex,
کادب ، ۵۷۴	spurious,
صیغی ، ۵۸۴	summer,
ڈائاسٹس ، اول میں ، ۶۸۴	Distase in urine,
مریدی ناص ، ۲-۲	Dicrotic pulse,
عدا ، دیابتس میں ، ۸۲۹ تا ۸۳۳	Diet in diabetes
سوء ہضم میں ، ۵۱۷	in dyspepsia,
درہی میں ، ۹۰۴	in obesity,
کے نسخے ، ۸۴۱	recipes,
امراض اعصابی ہضم ، ۴۷۶	Digestion, organs of, diseases of,
اتساع مری کا ، حودرو ، ۴۹۳	Dilatation, idiopathic, of esophagus,
قلب کا ، ۳۲۱	of heart,
معدہ کا ، ۵۵۰	of stomach,
حاد ، ۵۲۸	acute,
ڈائی آکسی اسٹن ، ۸۹۷	Dioxy astring,
قصۃ الریہ کا ڈیفریا ، ۲۲	Diphtheria of trachea,
استسقاءے شکمی میں عروصیت ، ۴۷۹	Displacement in ascites,
۶۳۷	
عظامات ، اثنا عشری کے ، ۵۴۴	Diverticula of duodenum,

کھاسی ، سل دیوی میں ، ۱۲۲	Cough in phthisis,
حلق کی ، ۲۱۳	throat,
شتائی ، ۳۳	winter,
کو پورور کی تھیلی ، ۲۴	Cowper Rose's bag,
موت طوں شکستہ ، قرع صدر میں ، ۱۰	Cracked pot sound in percussion of chest,
سل دیوی میں ، ۱۲۷	in phthisis,
لحم نرادی ، ۶۸۴	Creatorrhœa,
تکنتہ تنفس میں ، ۱۸	Crepitation in breathing,
راحہ ، لحق ذات الریه میں ، ۸۶	radux, in lobar pneumonia,
مات ، ۸۶۹	Cretinism,
شخی کروپ ، ۲۳۴	Croup, spasmodic,
ارتفاع الضغط میں برد حساسیت ، ۴۴۴	Cryæsthesia in hyperplexia,
حفاء الحصى ، ۹۰۰	Cryptorchidism,
دمہ میں ساق میں کرشیاں کے مرعولہ حات ، ۵۸	Curschmann's spirals in sputum in asthma,
کشنگ کا علائعہ ، ۸۹۲	Cushing's syndrome,
رداق کا سبب ، مطرائی مرض میں ، ۳۷۰	Cyanosis, cause of, in mitral disease,
معاراد ، ۷۶	enterogenous,
سل دیوی میں ، ۱۲۹	in phthisis,
حرد عضوی ، ۷۶	microbic,
دوری قے ، ۵۲۷	Cyclical vomiting,
حکوکا دوری مرض ، ۶۶۶	Cystic disease of liver,
قلب کا اسان دنیاہ جلوی ، ۳۳۷	Cysticercus cellulosa of heart
دورے حجرہ کے ، ۲۲۵	Cysts of larynx,
پیراس کے ، ۶۶۳	of pancreas,
صمم ، ۲۴۰	Deafness,
عصب ، ۳۴۰	nerve,
قلبی عدم دمویش ، ۷۹	Deficiency anæmias,
احطاط ، شحمی ، قلب کا ، ۳۴۸	Degeneration, fatty, of heart
حکر میں ، ۶۵۹	in liver,
ابی ، قلب کا ، ۳۳۰	fibroid, of heart,
عصلہ قلب کا ، ۳۴۷ - ۳۴۱	myocardial,
شرائین کا ، وسطی ، ۳۳۲	of arteries, medial,
پیری ، ۳۳۲	senile,
لوی ، قلب کا ، ۳۴۸	pigmentary, of heart,
مرض ڈرکم ، ۸۹۳ - ۹۰۴	Dercum's disease,
مقراس کے اندرونی امراض کی قلت میں ڈکسٹروس کی "قدر فرق" ، ۶۱۶	Dextrose, "difference value" of, in deficiency of internal secretion of pancreas,

شکم یلی ۴۸۰	Cœlioscropy,
درد قہوہ حسی قے، سرطان معده میں ۵۶۰	Coffee ground vomit in carcinoma of stomach,
دور میں تنفس ۱۴	Cog wheel breathing,
رکام ۱۹۷	Cold in the head,
قولج ۵۷۷	Colic,
التهاب القولون ۵۹۱	Colitis,
خطرناک ۵۹۳	gravis,
عاطی عشائی ۵۹۱	mucous membranous,
عاطی ۵۹۱	mucous,
تآرجی ۵۹۳	ulcerative,
ششوں کا سقوط ۷۵	Collapse of lungs,
سولائیڈی گاٹر ۸۵۵	Colloid goitre
قولونی رسود ۵۶۳	Colonic stasis,
سقوط قولون ۵۲۳	Coloptosis,
اورس میں تار داخل کرنے کا کولٹ کا طریقہ ۵۶۶	Colt's wiring in aneurysm,
فوما، دماغی ۸۳۱	Coma diabetic,
کا علاج ۸۳۹	treatment of,
دلیل شکر دموی ۸۵	hypoglycæmic,
خون کی موافقت ۷۷۷ - ۷۷۸	Compatibility of blood,
تمویض قلب کی ۳۱۶	Compensation of heart
کا فشل ۳۳۳	failure of,
فصدہ کا انصعاط ۲۴	Compression of trachea,
کونیکاٹو کا مرض ۷۰۹	Concato's disease,
معده کا ابتدائی بیش پرورش مین ۵۵۰	Congenital hypertrophic stenosis of stomach
قص ۵۶۳	Constipation,
سل-نوی ۱۱۳	Consumption,
راسخ ۱۱۶	galloping
تکڑے رسمی قدمی الماسات ۲۳۵	Contractions, carpedal, of tetany
ارتفاع الصعصع میں تادیے کے تار کی طرح منتقل شدہ شرائط ۴۴۴	Copper wire arteries in hyperplasia
قلب الثور ۳۱۸	Cor bovinum,
اکایی علمیت ۴۶۷	Coronary thrombosis,
حسدات شادی ۷۱۸	Corpuscles, enumeration of,
کی شکائی ۷۱۷	fragility of,
کا حردیلی امتحان ۷۲۲	microscopic examination of,
کارٹس ۸۷۹	Cortin,
رکام ۱۹۷	Coryza,
سکھاسی، نحاسی، اورس میں ۴۵۳	Cough, brassy, in aneurysm,

تکرور میں دماغی سیال میں کیلسیم ، ۸۷۴
دمہ میں ساق میں شارکولائیڈ کی قلمیں ، ۵۹

امتحان سینہ ، ۱

چپس اسٹوکس "تھمیں" ، ۴

بیچہ کی بھیب نما آواز ، ۲۳۵

بچپن کی عدم دمویتیں ، ۷۴۵

سلعہ احمر ، ۷۵۲

احمریت ، ۷۳۳

تقیجی التهاب قنات ہائے صغرا ، ۶۸۱

التهاب مرادہ ، ۶-۳

گندگریزی ، ۶۷۴

فلمعوی التهاب مرادہ ، ۶۷۴

مرادہ بگاری ، ۶۷۱

حصانیت صغرا ، ۶۷۶

مرادے کی کالیسٹریٹیب ، ۶-۳

رہن ، ۳۵۲

صغیر ، ۳۵۲

شلی ، ۳۵۵

رقی بقی فالج ، ۳۵۵

کرومائیو جسم ، ۸۷۹

عامیہ کالوں برس عدی سلعہ ، ۸۸۹

حووسٹک کی امارت تکرور میں ، ۸۷۴

کیلوس اور کیلوس الشک استسقاء شکمی ، ۶۳۷

کیلوس صدی ، ۱۸۳

امراض اعصابی دوران حوں ، ۲۴۵

سلریوی میں نظام دوران حوں ، ۱۲۷

کمیت دہولی ، بگری کی ، ۶۴۹

معراوی ، ۶۵۵

سرطانی ، بگری کی ، ۶۵۱

دش پرورش ، ۶۴۹

طحالی عدم دمویت میں ، ۷۵۰

بگری کی ، ۶۳۷

نای ، ۶۴۸

عرجان متوقف ، ۴۴۵

تبدیل آب و ہوا ، سلریوی کے علاج میں ، ۱۳۹

اسکلیوں کی گرد شکلی ، سلریوی میں ، ۱۲۹

حوں کا عرصہ تروپ ، ۷۱۵

اورطی کا پیدائشی تصاق ، ۴۵۸

شکمی مرض ، ۵۸۹

Cerebro fluid in tetany, calcium in,

Charcot Leyden crystals in sputum in asthma,

Chest, examination of,

Cheyne Stokes respiration,

Child crowing,

Childhood, anæmias of,

Chloroma,

Chlorosis,

Cholangitis, suppurative,

Cholecystitis,

ganglionic,

Cholecystitis, phlegmonous,

Cholecystography,

Cholelithiasis,

Cholesterosis of gall bladder

Chorea

minor,

paralytic,

Choreic hemiplegia

Chromaffine body,

Chromophobe adenoma of pituitary,

Chvostek's sign in tetany,

Chylous and chyloform ascites,

Chylothorax,

Circulation, organs of, diseases of

Circulatory system in phthisis,

Cirrhosis atrophic, of liver

biliary,

carcinomatosis of liver,

hypertrophic,

in splenic anæmia,

of liver,

portal,

Claudication, intermittent,

Climate, change of, in treatment of phthisis,

Clubbing of fingers, in phthisis,

Coagulation time of blood,

Coarctation of aorta congenital,

Celiac disease,

اور طی عدم کفایت میں شمری نساں ، ۳۶۷
 فوق الکلیہ کیسے ، ۸۷۸
 کاربوہائیڈریٹ کے - تحول کی فعلیات ، ۸۰۴
 سرطانی سلعہ ، حجرہ کا ، بروی ، ۲۲۶
 حجرہ کا ، دروی ، ۲۲۵
 آب کا ، ۶۰۷
 حکر کا ، ۶۶۳
 شش کا ، ۱۵۶
 مری کا ، ۲۸۹
 باریطوں کا - ۱۰
 معدہ کا ، ۵۵۵
 عدہ درویہ کا ، ۸۵۵

لواہ کا عدم ارتعاش ، ۲۹۳
 قلب کے فعل کی غیر طبعی حالتیں ، ۲۷۹
 کا دمہ ، ۳۲۳
 کے مرمی مرض کا علاج ، ۳۸۱
 کا درد ، ۳۲۱

فلی ریوی حررات ، ۲۶۲
 شج المواد ، ۳۹۳
 روماتزمی التهاب قلب ، ۳۴۴
 کیر وٹیں ، سر ترکاریاں زیادہ مقدار میں
 کھانے کے باعث ، ۶۲۷
 رسمی قدمی انقباضات ، تکرر کے ، ۲۳۵
 کیارل کا مسیلیب کا طریقہ ، تدری انقباض
 میں ، ۱۷۹

کسووری گردن ، مخاطی ادیمیا میں ، ۸۶۶
 کاسل کے دروی اور بروی عامل ، ۷۳۰
 ”لی“ دمہ ، ۵۳

برول الماء ، دیا یطبی ، ۸۲۱
 نارل ، حشک ، ۳۴

معوی ، ۵۸۰
 بحام دار ، ۳۴
 باری معوی التهاب ، ۵۰۹ ۵۱۰
 یرقان ، ۶۴

التهاب حجرہ ، ۲۱۶
 انقباض و شلش کا استعمال ، ذات الریہ میں ، ۹۶
 لیش تشی دماغی حملہ ، ۴۴۴
 مرمی دماغی لیڈت ، ۴۴۴

Capillary pulsation in aortic incompetence,
 Capsules, suprarenal,
 Carbohydrate metabolism, physiology of,
 Carcinoma, extrinsic, of larynx,
 intrinsic, of larynx,
 of intestine,
 of liver,
 of lung,
 of oesophagus,
 of peritoncum,
 of stomach
 of thyroid

See also under Neoplasms and Tumours

Cardia, achylasia of,
 Cardiac action, abnormalities of,
 asthma,
 disease, chronic, treatment of,
 pain,

See also under Heart

Cardio pulmonary murmurs

Cardio spasm,

Carditis rheumatic,

Cariotin due to ingestion of large amounts
 of green vegetables

Carpopedal contractions of tetany,

Carrel's method of drainage in tuberculous
 effusion

Cassowary neck in myxoedema

Castle's intrinsic and extrinsic factors

“Cat” asthma,

Cataract, diabetic,

Catarrh, dry,

intestinal,

pituitous,

Catarrhal enteritis,

jaundice,

laryngitis,

Catheter, nasal, use of, in pneumonia,

Cerebral attack, hypertensive,

softening, chronic,

ڑے شہات کا تسدد ، ۶۵	Bronchi, large, obstruction of,
سعی تنفس ، ۱۵	Bronchial breathing,
تدد الشعب ، ۴۳	Bronchiectasis,
حشك ، ۴۵	dry,
ڑے شہات كے تسدد میں ، ۶۶	in obstruction of large bronchi,
انطباقی شہاتی التهاب ، ۱۰۶	Bronchiolitis, obliterative,
سعی التهاب ، ۴۷	Bronchitis,
حاد كے علامات ، ۳۱	acute, symptoms of,
اور دمہ ، ۵۶	asthma and,
مرض كے علامات ، ۳۲	chronic, symptoms of,
حشك ، ۳۴	dry,
تسكوی ، فائبرینی یا كرونی ، ۳۵	plastic, fibrinous or croupous,
گندہ یا میں ، ۳۵	putrid or fetid,
شہہ صوتی ، ۳۰	Bronchophony,
شعی ذات الرنه ، ۹۸	Broncho pneumonia,
التانی ، ۱۰۰	confluent,
اولی ، ۹۸	primary,
ثانی ، ۹۹	secondary,
تدری ، ۱۱۳	tuberculous,
رله شہیہ ، ۳۴	Bronchorrhœa,
شہہ لیبی ، حراح شس میں ، ۱۰۴	Bronchoscopy in abscess of lung,
شعی تسدد میں ، ۷۸	in bronchial obstruction
تدد الشعب میں ، ۴۷	in bronchiectasis,
دمہ کی تشخیص میں ، ۶۰	in diagnosis of asthma,
حرو عاسی ، ۲۱	Bruit d'anæmie,
ڈائفرامی فبق میں ، ۱۹۱	in diaphragmatic hernia
حرو حدروی ، عدم دموب میں ، ۳۲	Bruit de diable in anæmia,
صوت طروف شکستہ سل میں ، ۱۳۰	Bruit de pot fele in phthisis
	Bruit of heart See Murmurs
حون میں قلوبی محفوظہ کا فعل "حائلہ" ، ۷۸۳	Buffer action of alkali reserve in blood,
دنایطس میں صعی هیچ ، ۸۲۰	Cachetic œdema in diabetes,
ے درویی صعه ، ۸۶۵	Cachexia strumipriva,
دموی کیلسیم ، حوطی گاڑ میں ، ۹۶۳	Calcium, blood, in exophthalmic goitre,
حون كے اندر کیلسیم ، ۸۷۱	in blood,
دماغی نجا عی سیال كے اندر کیلسیم مكرور میں ، ۸۷۳	in cerebro spinal fluid in tetany,
حصوات اور حصاة ، عراوی ، ۶۷۶	Calculi and Calculus, biliary,
نقراسی ، ۶۹۲	pancreatic,
حرو راکس ، ۲۵۲	Canter rhythm,

دامی ، ۷۷	Bleeders,
عرصہ ادما ، ۹۷	Bleeding time,
پریپٹورامین ، ۶۹	in purpura,
خون کے ترشہ اساس توازن کے مختل ہونے کی مثالیں ، ۸۰	Blood, acid base balance of, types of disturbance of,
کے قلوبی معوطہ کی تعریف ، ۸۱	alkali reserve of, definition of,
کے نافی کاربونیٹ کی تعریف ، ۸۱	bicarbonate, definition of
میں کیلسیئم ، ۸۱	calcium in,
حجوطی کا اثر میں ، ۸۳	in exophthalmic goitre
پراسس جوس کا دموی حلیہ کی توزیح کا معنی ، ۲۸	cell distribution curve, Price Jones
خون کے تعرات دمہ میں ، ۵۹	changes in asthma,
مرم سمی الہام میں ، ۳۹	in chronic bronchitis,
قلب کے تشوہات میں ، ۲۰۸	in malformations of heart
کی تروپ ، ۱۵	coagulation of
کی موافق ، ۷۷ - ۷۸	compatibility of,
کا سار ، ۱۸	count,
طبعی ، ۲۳	normal,
کا امتحان ، ۱۵	examination of
کے گروہ ، ۷۸	groups,
کی معدہ میں موجودگی کے لیے کاسعاب ، ۵۰۳	in stomach tests for
میں سپید حلیات کی تعداد ، ۱۹	leucocytes in number of
کے طبعی اجزاء ترکیبی ، ۱۵	normal constituents of,
کی لوحیہ شاری ، ۱۹	platelet counting,
کا تعامل ، ۷۹	reaction of
دیابیطس شکری میں دموی سکری برداشت ، ۸۰۹	sugar tolerance in diabetes mellitus
نقل الدم ، ۷۷	transfusion,
عروق خون کا امتحان ، ۲۶۸	vessels examination of
برف معوی ، ۵۵	Bowel, haemorrhage from
قارورہ میں بیٹا آکسی بیوٹائریک ایسڈ ، ۸۱۶	β oxybutyric acid in urine
نطء القلب ، ۳۱۵	Bradycardia,
یرقان میں ، ۲۳۸	in jaundice
بیش تشدی دماغی حملہ ، ۲۳۳	Brain, hypertensive, cerebral attack,
مرم دماغی لیٹیب ، ۲۳۳	softening of, chronic,
محاسی کھانسی ابورس میں ، ۲۵۳	Brassy cough in aneurysm,
	Breathing See under Respiration
ترشہ دمویٹ میں سانس کا پھولجانا ، ۷۳	Breathlessness in acidemia
تدری اہصاب کے علاج میں رسکوکی پیٹی ، ۱۷۷	Buscoe's belt in treatment of tuberculous effusion,

ادیو دیشکی انقباض ، ۳۰۴	Auricular fibrillation,
درفہ ، ۳۰۹	flutter,
ادیو لطیہ گروہ ، ۲۳۵	Auriculo ventricular node,
استماع شراہیں ، ۲	Auscultation of arteries,
سینہ ، ۱۰	of chest,
ولہ ، ۳۵۰	of heart,
اورده ، ۳۷۹	of veins,
استماعی قرع ، ۲۰	Auscultatory percussion,
مرض ایررا ، ۳۶	Ayerza's disease,
تدری عصیات کی تالوس ، ۱۳۲	Bacilli, tubercle, staining of,
حرثومی التهاب درون ولہ ، ۳۹۰	Bacterial endocarditis
التهاب حشفہ ، دنا بیطس میں ، ۸۲۰	Balanitis in diabetes,
مصوغی اسرواح الصدر میں پلیٹوڈا کی عمار کی	Ballooning of pleura in artificial pneumothorax,
ناقشگی ، ۱۳۳	
بیدی کامرض ، ۷۵۰	Banti's disease,
کالین عدی الحطاط ، ۷۹۰	fibro adenoma,
بینٹنگ اور بیسٹ کا انکشاف اسوایں ، ۸۰۹	Banting and Best's discovery of insulin,
بینٹنگ کا علاج فرمی میں ، ۹۰۴	Banting's treatment in obesity,
اسامی تحول ، ۷۹۹	Basal metabolism,
ناسیڈاؤ کامرض ، ۱۵۶	Baselow's disease,
بحامیہ کا اساس پسند عدی سلمہ ، ۸۸۹	Basophil adenoma of pituitary,
نقطہ دار اساس پسندی ، ۷۳۳	Basophilia, punctate
التهاب رائدہ میں امارت ناسیڈو ، ۶۰۱	Bastold's sign in appendicitis
اسماعی قرع میں حرسی آوار ، ۲۱۷	Bell sound in auscultatory percussion,
بول میں شکر کے لئے بیفڈکٹ کا کینی کاسمہ ، ۸۱۱	Benedict's qualitative test for sugar in urine,
نسلے کے درات ، ۸۰۸	Bensley's granules,
فرمی میں لرگوئی علاج ، ۹۰۵	Bergoni treatment in obesity
بیسٹ اور بینٹنگ کا انکشاف اسوایں ، ۸۰۹	Best and Banting's discovery of insulin,
دموی باقی کاربوہیڈ کی تعریف ، ۷۸۱	Bicarbonate, blood, definition of,
منعہ صراویہ کے لیے کاشمہ ، ۶۲۸ - ۶۲۹	Bile pigment, test for,
صراوی آلہ کے امراض ، ۶۷۳	Biliary apparatus, diseases of,
کا امتحان ، ۶۷۰	examination of,
سنگدھائے صرا ، ۶۷۶	Biliary calculi,
صراوی کھیت ، ۶۵۵	cirrhosis,
تمس یو ، ۶	Biot's respiration,
دیا بیطس ملیح میں مثانہ کا اتساع اور بیش	Bladder, dilatation and hypertrophy of, in
پرورش ، ۸۹۳	diabetes insipidus,

اورطی صیق ، ۳۶۳	Aortic stenosis,
س-راسی ارکی سلمہ ، عفوت دہن میں ، ۴۸۳	Apical granuloma in oral sepsis,
عرتکوبی عدم دموت ، ۷۴۳	Aplastic anaemia,
الہاب رائدہ ، ۵۹۶	Appendicitis,
رائدی سؤمعم ، ۶۰۰	Appendix dyspepsia,
شریانی دناؤ ، ۴۷۰	Arterial pressure,
بلند ، ۴۳۹	high,
دیواری نوعیب ، ۲۷	wall, nature of,
شرائیں کا استماع ، ۲۷۶	Arteries, auscultation of,
شریانی شعری ایفیت ، ۴۳۵	Arterio capillary fibrosis,
شریانی صلات ، ۴۳۶	Atherosclerosis,
شریان صلابی الہاب سکیہ ، ۴۴۲	Arteriosclerotic retinitis,
شریانی الہاب ، حاد ، ۴۲۹	Arteritis, acute,
ساری ، ۴۲۹	infective,
آتشکی ، ۴۳	syphilitic,
تدری ، ۴۳۰	tuberculous,
الہاب معاصل ، جی روماتزمی میں ، ۴۴۱	Arthritis in rheumatic fever,
اسلستوسیب ، ۱۱۰	Asbestosis,
استسقاء شکمی ، ۶۳۵	Ascites,
کیلوسی اور کیلوسی الشکی - ۶۳	chylous and chyloform,
اے سکارک اسڈ ، ۸۷۸	Ascorbic acid,
برقیب کے علاج میں ، ۷۶	in treatment of hamophilia
امصاص الہاب تامور کے علاج میں ، ۴۱۵	Aspiration in treatment of pericarditis,
مقامی احتناق ، ۴۶۵	Asphyxia local,
اسپرین کے لیے حساسیت ، دمہ میں ، ۵۰	Aspirin, sensitiveness to, in asthma,
دمہ ، ۴۸	Asthma,
اور شعری الہاب ، ۵۶	bronchitis and,
قلی ، ۴۳۳	cardiac,
ساری اور معکوس ، ۵۵	infective and reflex,
عدم تمدد الریہ ، ۷۵	Atelectasis pulmonum,
ناغمی ، ۸۹۱	Atherosclerosis,
اتھیروما ، ۴۳۳	Atheroma,
اتھیروما قرحہ ، ۴۳۳	Atheromatous ulcer,
اتھیرومائی صلابت ، ۴۳۳	Atherosclerosis
دبول ، حاد اصفر ، حکرکا ، ۶۴۲	Atrophy, acute yellow, of liver,
وقف الدمی ، ۴۳۶	ischemic,
دول	Atrophy,
نح الحاد ، حکرکا ، ۶۴۵	subacute, of liver,
صفیرہ اور ناح ، ۴۹۴	Auerbach's plexus,

عدم دمویہ - سلسلہ سابق	Anaemia (cont)
اجراہمی ، ۴۶ء	erythroblastic,
الہاب الاساقی ، ۳۶ء	glossitic,
رسمی کادب یس دمویہ ، ۴۵ء	infantum, pseudo lukæmia,
سل مع ، ۱۲۹۰	in phthisis,
کلاں حلوی ، ۳۷ء	macrocytic,
متلف ، ۳۶ء	pernicious,
میں امتحانی حوراک ، ۵۵۵	test meal in,
ثابوی ، ۳۹ء	secondary,
داسی حلوی ، ۴۶ء	sickle cell,
طحالی ، ۴۹ء	splenic,
کے علامات ، ۳۳ء	symptoms of,
عدم دمویہ (قافی) ، غیر تکون الدموی ، ۲۹ء	Anaemia (deficiency) anhamopoietic
اتلاف الدموی ، ۴۶ء	hamolytic
کدیر حلوی ، ۴۵ء	megalocytic,
حیی کی ، ۴۵ء	of childhood,
حجرہ کی عدم حسیت ، ۲۳۸	Anæsthesia of larynx,
استہداف نما پر پیشور ، ۶۹ء	Anaphylactoid purpura,
اسہدای ، حال حساسیت میں ، ۵	Anaphylaxis in allergic state,
انورسا ، ۴۹ء	Aneurysm,
شکمی ، ۴۵۶	abdominal
قلب کا ، ۳۳۵	of heart
علامات والا ، ۴۵۳	symptoms,
وعائی عصائی ادیم ، ۴۹ء	Angioneurotic oedema
حال حساسیت میں ، ۴۹ء	in allergic state
دبحہ ، عر درانی حلوی ، ۴۴ء	Angina, agranulocytic,
معرہ ، ۴۴۹	minor
مدریہ ، ۴۴۹	pectoris,
واسٹاکا ، ۴۱۱	Vincent's,
عر تکون الدموی (فلی) عدم دمویہ ، ۲۹	Anhamopoietic (deficiency) anæmias,
حدی لا تساوی ، ۴۵۶	Anisocoria,
حلوی لا تساوی ، ۴۳ء	Anisocytosis,
عصر عدم اشبا ، ۵۹۳	Anorexia nervosa,
سش فحیہ ، ۱۰۹	Anthræcosis,
اورطی کا پیدائشی تضایق ، ۴۵۸	Aorta, coarctation of, congenital,
مدری کا انورسا ، ۴۵۹	thoracic, aneurysm of,
اورطی مرض ، ۳۶۱	Aortic disease,
تسدک حریرات ، ۲۵۸	obstructive murmurs,
نارروی کے حریرات ، ۲۵۸	regurgitant murmurs,
نارروی ، ۳۶۴	regurgitation,

عدی سلعہ، اساس پسند، عدہ بحامیہ کا، ۸۸۹-۸۹۳	Adenoma, basophil, of pituitary,
لون ترس، عدہ بحامیہ کا، ۸۸۹	chromophobe, of pituitary,
ایوسین پسند، عدہ بحامیہ کا، ۸۸۹	eosinophilic, of pituitary,
مخلوط، عدہ بحامیہ کا، ۸۸۹	mixed, of pituitary,
آب کا، ۶۰۷	of intestine,
سمی، عدہ درفیہ کا، ۷۵۸	toxic, of thyroid
وحمی شحمت، ۸۹۳، ۹	Adiposis dolorosa,
رگردے، ۸۸	Adrenals,
انڈرین، ۸۷۹	Adrenin,
ہائڈروکلورائڈ، دمہ میں، ۶۳	hydrochloride in asthma,
مہیج فوق الکایہ ہارمون، عدہ بحامیہ کے، ۸۸۸	Adrenotropic hormones of pituitary
غیر معمولی آوارس تنفس میں، ۱۶	Adventitious sounds in breathing
ترصوی، ۳۰	Agophony,
بلع الہوا، ۵۳۰	Allophagy,
دیابیطس کا علاج مابعد، ۸۴-	After treatment of diabetes
غیر درانی حلوی دغہ، ۷۴۴	Agranuloeytic angina,
غیر درانی حلویت، ۷۴۹، ۷۴۷	Agranulocytosis
الکحلی کہمت جگر کی، ۶۴۸	Alcoholic cirrhosis of liver
عمریم دموی بیض دموت، ۷۵۱	Alkemic leukæmia,
برقی ناسعید دموت، ۷۴۳	Alukia hemorrhagica
فصال عدای شکر تولیب، ۸۱۹	Alimentary glycosuria
تسمم الدم، ۵۶۹	toxæmia
فلی دموت کی معرف، ۷۸۰	Alkalimia definition of
حون کے قلوئی معمولہ کی تعریف، ۷۸۱	Alkali reserve of blood, definition of,
قلوی کثرت کی تعریف، ۷۸۳	Alkalosis, definition of,
دنایطلس میں ایان کی حوراک، ۸۳۵	Allen's diet in diabetes
حساسیتی الہاب الاف، ۲۰۳	Allergic rhinitis
حالت حساسیت، ۴۹	Allergic state
حمی سلعہ، مخاطی ادغام میں، ۸۶۶	Alopecia frontal, in myxœdema,
قلب کا تبادل، ۳۱۳	Alternation of heart,
ترشہ دموت میں خوفی CO ₂ کی پیمائش، ۷۸۴	Alveolar CO ₂ , measurement of in acidemia
ہارمی کثمت، ۴۴۳	Anaemia fugax,
ویری نفس، ۱۶	Amphoric breathing,
رشا آسامر ص، ۶۶۰	Amyloid disease,
شہوقی نبض، ۲۷۴	Anaerobic pulse,
عدم دموت، بے ترشہ، سادہ، ۷۴۴	Anæmia, achlorhydric, simple,
انڈیس کی، ۷۳۶	Addison's,
عرتکوبی، ۷۴۳	aplastic,
احمر تی، ۷۳۳	chlorotic,

اشاریہ

عمل طب حلد دوم

شکم، حاد، ۴۸۱	Abdomen, acute,
کا امتحان، ۴۰۶	examination of,
لاشعاعوں سے، ۴۸۰	by X rays,
شکمی اور سہ، ۴۵۶	Abdominal aneurysm,
حجرہ کے عضلات معدہ کا شلل، ۲۲۹	Abductors of larynx, paralysis of,
حراج، واسطی، ۱۹۲	Abscess, mediastinal,
حکڑ کا، ۶۳۹	of liver,
شش کا، ۱۰۴	of lung,
گردہ مدی، ۴۷۰	perigastric,
گردہ لودی، ۲۰۸	peritonsillar,
حلق اللعوم، ۲۱۵	retropharyngeal,
دیرڈانغرامی، ۵۳۷ ۵۰۳	subphrenic,
ایسیٹو اسٹیک ایسڈ، اول میں، ۸۱۶	Acetoacetic acid in urine,
ایسیٹون، اول میں، ۸۱۶	Acetone in urine,
فواد کا عدم ارتجاع، ۴۹۳	Achalasia of cardia,
سے ترشگی، ۵۰۲	Achlorhydria,
سے ترشہ عدم دمویت، سادہ، ۷۴۴	Achlorhydric anaemia simple,
سے صفر اولی برقان، ۷۴۷	Acholaric jaundice,
اکتساقی، ۷۴۸	acquired,
حاندانی، ۷۴۷	family,
ترشہ دمویت کی تعریف، ۷۸۰	Acidemia, definition of,
حوں کے ترشہ اساس توازن کے مختل ہونے کی مثالیں، ۷۸۰	Acid base balance of blood, types of disturbance of,
ترشہ سمیت، ۷۷۹	Acidosis,
کی تعریف، ۷۸۱	definition of,
حوارہی حساسیت، ۴۴۹	Acroparaesthesia,
ایڈم-سٹوکس کا علائقہ، ۲۸۳ ۲۸۶	Adams Stokes syndrome,
ایڈیس کی عدم دمویت، ۷۳۶	Addison's anaemia,
ایڈیس کا مرض، ۸۸۱	Addison's disease,
حجرہ کے عضلات ماری کا شلل، ۲۳۲	Adductors of larynx, paralysis of,
غدد، ۲۱۲	Adenoids,

